NINETEENTH ANNUAL REPORT OF THE CHIEF CORONER

PROVINCE OF NEW BRUNSWICK

FOR THE PERIOD

JANUARY 1 TO DECEMBER 31, 1990

78-3913 (4/91)

NINETEENTH ANNUAL REPORT

OF THE CHIEF CORONER

PROVINCE OF NEW BRUNSWICK

For the Period January 1 to
December 31, 1990

CORONERS BRANCH

DEPARTMENT OF THE SOLICITOR GENERAL

91-05171/

Solicitor General | Solliciteur général

New Nouveau Brunswick

The Honourable Conrad Landry
Solicitor General
Fredericton
Province of New Brunswick

Dear Sir:

Pursuant to Section 43 of the Coroners Act, I have the honour to submit the Nineteenth Annual Report of the Chief Coroner for the period January 1, 1990, to December 31, 1990.

Yours very truly,

JOHN H. EVANS
Chief Coroner
Province of New Brunswick

TABLE OF CONTENTS

		PAGE
(A)	**HISTORICAL BACKGROUND**	1
	Origin of the Office of the Coroner	1
	Development of the Office in Medieval and Modern Times	3
	Canadian Situation	6
(B)	**THE NEW BRUNSWICK SYSTEM**	8
	Organizational Structure	8
	Notification Requirement	9
	Investigative Capacity of Coroners Branch	10
	Purpose of Coroner's Investigation	11
	The Inquest Decision	12
	Summary	13
(C)	**STATISTICAL SUMMARY OF INVESTIGATED DEATHS**	14
	Schedule "A" - Total Deaths Reported	15
	Schedule "B" - Accidental Deaths	15
	Schedule "C" - Suicides - Judicial District/Sex/Age	16
	Schedule "D" - Suicides - Method/Sex/Age	17
	Schedule "E" - Comparative 1979 - 1988	18
(D)	**SUMMARY OF INQUEST AND RECOMMENDATIONS**	19

(A) HISTORICAL BACKGROUND

Origin of the Office of the Coroner

The office of the coroner is one of the oldest institutions known to English law (ranking in antiquity only behind the Monarch and the sheriff) and its true origin has been much debated. The first written references to the office occurred during the reign of King Alfred (871 - 910 A.D.). However, the historical development of the office can with greater certainty be traced back to a period close to the time of the Norman Conquest when the coroner, under the new regime, came to have an important role in the administration of justice. The changing functions of the office reflect the evolution of English legal and constitutional history over the course of a thousand years.

One of the early functions of the office was to enquire into sudden and unexpected deaths. Initially in this, as in other functions, the primary responsibility of the office was to protect the financial interest of the Crown. It was the duty of the coroner to establish the facts relating to the death - if the body was that of a Norman (as opposed to the native Anglo-Saxons) a levy was payable to the Crown. The coroner used a jury to enable him to ascertain this and to determine whether foul play was involved in the death; if so, the town or village was liable for an

additional fine if no felon could be found responsible for the death. On the other hand, should the felon be apprehended and convicted his entire goods and possessions were forfeited to the Crown upon seizure by the coroner. Also, failure of the first finder to notify the local authorities of dead bodies, and of those authorities, in turn, to notify the coroner, resulted in special fines levied by the Crown on the whole town for breach of duty. This particular function of the office of coroner (to determine the facts surrounding a death), as modified throughout the years, survives as the basis for all coroner systems which are presently existing in common law jurisdictions.

Other duties of the offices of the coroner were mainly administrative and are now only of academic interest; he kept the Crown's records in relation to the criminal courts; he collected and guarded the "chance" revenues falling to the Crown - in particular, deodands, wrecks, royal fish and treasure trove as well as the forfeited property of convicted felons mentioned above; he heard the swearing of adjurations of those persons who had fled to sanctuary; he also served as a check upon the fiscal activities of the sheriff and was required to act for the sheriff whenever the latter was incapacitated by interest or default.

The varied and changing historical duties of the office of coroner are reflected in the origin of the word "coroner" which is said to have come from the Anglo-French word for Crown -

"corouner". However, the precise designation of the officer appears to have varied from time to time. In the reign of Richard the First he was called "coronarius", in that of John, "coronator", because he originally had custody of the rolls of the pleas of the Crown. According to Sir Thomas Smith in 1583 the name of the office came from the word "crowner" or "coronator" because "the death of every subject by violence is accounted to touch the Crowne, and to be a detriment to it..." - in other words, the coroner, however spelled and pronounced, was in effect the local representative of the Crown. It is of interest to note that while the word "coroner" (as it is presently spelled) first appeared in the fourteenth century, the name "crowner" is used to this day in the north of Ireland and vulgarly in some parts of England.

Development of the Office in Medieval and Modern Times

The history and development of the office of coroner can best be illustrated by references to English legislation.

Article 20 of the Article of Eyre (1194) provided for the election in every county of England of three knights and one clerk as "keepers of the pleas of the Crown". The coroner had to be a resident of the county or the borough for which he was elected locally. His other qualifications was his wealth, which was probably seen as a form of insurance against the possibility of

misbehaviour, in the event of which his lands or possessions could be confiscated by the King. As the office was unpaid until 1487 prestige of the office and public service appear to be the motivating factor for seeking the office in the early days. The coroner took his oath of office before the sheriff, had county jurisdiction and tenure for life during good behaviour. He could however, lose his post if appointed to the office of sheriff.

In 1276 during the reign of Edward I the statute known as De Officio Coronatonis was proclaimed. In it the duties of the coroner were set forth as they applied to the inquisitorial procedure: that upon being summoned by the bailiff or any honest man, the coroner should go to where there was dead ... once there he would command the men from four neighbouring towns to appear before him as the jury to give evidence under oath. This statute expressed, for the first time, the basic questions requiring satisfaction where an unnatural death is under investigation. In the ensuring seven hundred years, no improvement has been made upon them and they remain: "who was the deceased? How, when, where and by what means did he die?"

In 1361 with the statutory creation of justices of the peace, the long decline of the role of the coroner in criminal proceedings began. Other means were found to secure the Crown revenue and the financial duties of the office of the Crown official

were also eroded. Later by statute in 1487 a fee was established to be paid by the coroner for each inquest in sudden and unnatural deaths. Because the coroner was less than popular with the justices (who had replaced him in criminal matters) the justices usually paid coroners the statutory minimum with the result that only unskilled lawmen tended to accept the position. Complaints were common that coroners would hold unnecessary inquests merely to support their meager income. Surprisingly, the office of coroner not only survived under such adverse circumstances but re-emerged during the industrial revolution to a new position of importance. This re-emergence was due in large part to the increasing incidence of sudden and unnatural death. As well, while the justices of the peace had taken over the cases of overt homicides, cases of suicides and covert homicides continued to be dealt with by the coroner's inquisition.

With the addition in England in 1836 of a statutory provision that allowed for the coroner to make payment for expert medical testimony, the capacity to detect covert homicide increased through the coroner's ability to order post-mortem examination of the deceased. As a medico-legal investigator, the coroner won back some of his lost status in criminal proceedings and by virtue of close access to medical expertise, the foundation for the present system was laid in England. The gain in status was supported in 1860 when a law was enacted abolishing the fee system and

establishing salaries for county coroners. A further development occurred in 1887 with the passage of legislation requiring inquests to be conducted whenever the coroner had reasonable cause to suspect that violence or unnatural factors had resulted in a death or where the cause of death was unknown. Moreover in 1888, election of coroners in England was discontinued and a system of coroner appointments was instituted.

Subsequent changes in the English system came as follows: in 1926 part of the criminal jurisdiction of the office was removed by the provision that the coroner adjourn his inquest in cases of murder, manslaughter or infanticide should charges be laid. Also mandatory requirements for inquests in all cases of which the cause of death was unknown were abandoned. In 1977 the jurisdiction of the coroner was further limited as the power to find a verdict of murder, manslaughter or infanticide was removed which negated the common law right of a coroner to commit for trial.

Canadian Situation

The institution of the common law coroner was early transplanted from England to North America with the result that every province and state has some type of modified coroners system.

The office of coroner was received in Canada as part of the common law system before conceptual changes which transformed

the coroner system in England had taken place. After Confederation provincial coroners were conducting proceedings similar to preliminary hearings in respect to homicide. Notwithstanding that the indictment function of the coroner's inquest was abolished in 1892 by the first Criminal Code, a procedure still exists whereby certain verdicts of a coroner's jury result in the individual named appearing in custody or by means of a recognizance before a magistrate or justice, although in recent years this procedure has been used infrequently.

Each province and territory in Canada presently operates its own sudden death inquiry system. Most provinces have restricted the jurisdiction of the coroner in respect to the finding of criminal or civil liability. Three provinces (Alberta, Nova Scotia and Manitoba) have now established medical examiner systems. Newfoundland has no coroners or medical examiner system as such. In that province all sudden deaths inquiries are held by a judge pursuant to Summary Convictions Act provisions. The remaining provinces and the territories have coroner systems which have all developed and grown, some more, some less, out of the institution of the common law coroner.

While New Brunswick coroners retain the "jurisdiction, powers and authority of coroners at common law" and courts have ruled that the Charter of Rights has not diminished the effect of section 44 of the Coroners Act in respect to procedure, Re Gregoire and the District Coroner for Campbellton, a decision of

Godin, J., May 2, 1988, effectively has limited the scope of the inquiry and particularly the verdict.

An inquest is not a forum to resolve civil disputes, or to conduct prosecutions. An inquest is not a trial and a coroner is not a judge. The proceedings are inquisitional as opposed to accusatory or adversarial. Thus there is no "accused" or "defendant" and no "parties" or "lis". Besides, it is wrong in principle for a public body other than a court to make formal pronouncements respecting the legal responsibility of any person, whether it be in a criminal or civil matter.

Coroners in New Brunswick have been instructed to protect the civil rights of all persons who may have had some connection with the death of the deceased and to ensure that the coroner's jury has not expressed any conclusion of civil or criminal responsibility or named any person or persons responsible for any act or omission which may have contributed to the death.

(B) THE NEW BRUNSWICK SYSTEM

Organizational Structure

In New Brunswick the Coroners Branch, for organizational and administrative purposes, falls within the Department of the Solicitor General. Supervision of the system is the responsibility of the Chief Coroner, located in

Fredericton, who is also assisted by a Deputy Chief Coroner and three Regional Coroners directly responsible for all coroner activities within designated geographical areas and located in Campbellton, Moncton and Fredericton. In addition, all sheriffs and deputy sheriffs are ex-officio coroners although not all are utilized as coroners within the system. At present, 37 full-time employees of the Sheriffs Branch function as coroners. A number of lay coroners are also appointed who act on a nominal fee for service basis and are a necessary retention of the old Coroner's System which before 1971 was serviced completely by lay coroners. Of the 10 lay coroners, 1 is a medical practitioner, which before the availability of highly qualified and competent pathologists within the Province, was of great advantage to the system. The lay coroners continue to provide an excellent service in the communities in which they serve.

Notification Requirement

In New Brunswick the only death exempt from notification to a coroner is one where the person dies of disease or sickness while under treatment of a duly qualified medical practitioner (as long as the death: i) did not occur during or as a result of pregnancy; ii) was not sudden and unexpected; and iii) was not under circumstances which may require an investigation). The Coroners Branch is responsible for the investigation of all

reported deaths in order to determine for each case the identify of the deceased and the facts as to how, when, where and by what means the deceased came to his death. The system, therefore, is a vital part of law enforcement in initially determining whether such reported deaths are due to natural causes, accident, suicide or homicide.

Investigative Capacity of Coroners Branch

For investigational purposes the Coroners Branch has available on request the services of the Royal Canadian Mounted Police (including the facilities of the Forensic Laboratory in Sackville) and municipal police acting within their respective jurisdictions. Also as a number of reported deaths involve elements of criminality the investigation sometimes is a combination of coroners and police responsibility and requires a close liaison between the two agencies. Also available to the Coroners Branch are the services of pathologists located at Regional Laboratories situated at Fredericton, Saint John, Moncton, Campbellton, Bathurst, Edmundston and Woodstock and also the services of the Provincial Forensic Toxicologist located at Saint John.

In addition two pathologists located in the Regional Laboratory in Saint John agreed to provide a centralized forensic pathology service for the Coroners Branch commencing January 1,

1982. The identification of a death as a "Type II" case which needs the special consideration of a forensic pathologist now results in the utilization of the forensic service mentioned above. A "Type II" case requires that the body be transported to the Saint John Laboratory for the autopsy. The forensic pathologist acting is also available to the coroner's service and the police agency to visit the death scene, if necessary. Both pathologists acting in that capacity have for many years demonstrated their high degree of interest in forensic pathology and their expertise in acting as expert witnesses both at inquests and criminal trials.

Purpose of Coroners Investigation

The purpose of the coroners investigation has changed over the years. For many years the major emphasis was directed towards the investigation of the actual medical cause of death to the exclusion of practically all other aspects. Now the medical cause of death is only one of many factors to be considered. The non-medical factors causing death are equally important and in many cases call for remedial measures to correct conditions hazardous to public safety. Therefore, it is sometimes necessary for the coroner to order an inquest into the death although the cause of death is known.

The Inquest Decision

One of the more difficult decisions a coroner has to make is whether or not to hold an inquest. In early times, the inquest was part of the function of the coroner in every case he investigated. Gradually, the common law developed to the point where the decision was in the discretion of the coroner.

Local coroners, the Chief Coroner or the Solicitor General in some circumstances, may order an inquest into a death. The holding of an inquest has the effect of drawing public attention to the many contributing causes of accidental and violent deaths. It is also an important vehicle in causing attention to be focused on situations where remedial action may be taken to prevent similar occurrences in the future. To this end coroners have been encouraged to carefully consider all circumstances surrounding accidental and violent deaths, with the view to holding an inquest if any useful purpose will be served by doing so. It is expected that the Coroners Jury make recommendations directed toward the avoidance of death in similar circumstances where appropriate.

The Chief Coroner is responsible for bringing the findings and recommendations of Coroner's Juries at inquests to the attention of appropriate persons, agencies and departments of governments. Although the Chief Coroner has no authority to

force any person or organization to implement recommendations, a number are in fact implemented in some way. No doubt this is due to the fact that the organization affected would find itself in a most embarrassing position if a second death occurred under similar circumstances, without having remedied the situations which caused the first fatality.

Summary

The Coroners Branch investigates from 35 to 40 percent of the total of approximately 5,000 yearly deaths in the Province. A high percentage of the investigated deaths are determined to be from natural causes. Autopsies are ordered by the coroner in approximately 40 percent and inquests are ordered in about one percent of all investigated deaths. More than 90 percent of investigated deaths are now conducted by ex-officio coroners who are full-time employees of the Sheriffs Branch.

Appreciation is expressed to all law enforcement agencies and all other related agencies involved who have through the year cooperated and assisted in the investigations which have been processed through the Coroners Branch. Also gratitude is expressed to all coroners who have shown, once again, a high level of dedication and professionalism, frequently under adverse conditions.

(C) STATISTICAL SUMMARY OF INVESTIGATED DEATHS

Beginning January 1, 1987 deaths reported to and investigated by the Coroners Branch have been classified in five distinct categories: accidental, suicide, homicide, natural and undetermined.

The **accidental** category covers all accidental deaths including all deaths involving motor vehicles where there is no obvious intention to cause death to another person. For example, if a person is intoxicated and drives with criminal negligence causing death the coroner's classification will be accidental.

The **suicide** category covers all cases of obvious suicide.

The **homicide** category covers all cases of homicide except where a motor vehicle is involved and there is no obvious intention to cause death to another person.

The **natural** category covers all deaths by disease or natural causes.

The **undetermined** category covers any death where it is impossible to determine whether the death was accidental, suicide, homicide or natural. Coroners are instructed to make all possible efforts to classify deaths in one of the other categories before considering this category. An example of a difficult case which might fall in this category is that of drug overdose where it is impossible to determine whether death was accidental, suicide or homicide.

As indicated in Schedule "A" hereunder, the total number of deaths reported to and investigated by the Coroners Branch in 1990 was 1,691 of which 1,339 were found to have occurred as a result of natural causes, including 9 SIDS (Sudden Infant Death Syndrome).

SCHEDULE "A" 1990

Classification	No. of Deaths	Autopsy Performed
Accidental	246	172
Suicide	88	80
Homicide	14	14
Natural	1339	437
Undetermined	4	4
TOTAL	1691	707

In Schedule "B" hereunder the 246 deaths classified as accidents are further classified to indicate the manner of death.

ACCIDENTAL DEATHS - SCHEDULE "B" - 1990

Manner	Number	Autopsy Performed
Motor Vehicle	121	81
Motor Cycle	5	2
Recreational Wheeled Vehicle	3	3
Snowmobile	1	0
Bicycle	3	1
Pedestrian	25	13
Aircraft	0	0
Agricultural	4	3
Industrial	15	14
Fire	14	9
Weapon	4	4
Drug	6	6
Hanging	0	0
Drowning	20	14
Other	25	22
TOTAL	246	172

In Schedule "C" hereunder the 88 deaths by suicide are further classified to indicate sex, age and Judicial District of death.

S U I C I D E S

SCHEDULE "C" - 1990

JUDICIAL DISTRICT	0-19 M	0-19 F	20-30 M	20-30 F	31-40 M	31-40 F	41-50 M	41-50 F	51-60 M	51-60 F	61-70 M	61-70 F	OVER 70 M	OVER 70 F	TOTAL MALE	TOTAL FEMALE	TOTAL FOR DISTRICT	PERCENTAGE OF SUICIDES
BATHURST			4	-	2	1	3	-	2	-	2	-	2	-	15	1	16	18.2
CAMPBELLTON			1	-	1	-	2	-	1	-	1	-	-	-	6	0	6	6.8
EDMUNDSTON	1	-	1	-	1	-	-	-	-	1	1	-	-	-	4	1	5	5.7
FREDERICTON	1	-	5	-	4	2	2	-	1	-	1	-	-	-	14	2	16	18.2
MONCTON	1	-	2	1	5	-	1	-	2	1	1	-	2	1	14	3	17	19.3
NEWCASTLE	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0	2	2.3
SAINT JOHN	3	-	6	1	2	3	-	2	-	-	2	-	1	-	14	6	20	22.7
WOODSTOCK	1	-	-	1	-	-	2	-	-	-	-	-	1	1	4	2	6	6.8

In Schedule "D" hereunder the methods of suicide are further classified by sex and age.

S U I C I D E

SCHEDULE "D" - 1990

METHOD	0-19 M	0-19 F	20-30 M	20-30 F	31-40 M	31-40 F	41-50 M	41-50 F	51-60 M	51-60 F	61-70 M	61-70 F	Over 70 M	Over 70 F	TOTAL MALE	TOTAL FEMALE	TOTAL METHOD	PERCENTAGE OF TOTAL
WEAPON	3		12	1	10	1	5	1	5	1	6		4		45	4	49	55.7
HANGING	2		4	1	2		4		2		2	1			16	2	18	20.5
DRUG OVERDOSE			1	2		3									1	5	6	6.8
CARBON MONOXIDE POISONING			1		1		1								3	0	3	3.4
DROWNING			1						1					1	2	1	3	3.4
OTHER	2		1		3	2				1					6	3	9	10.2
TOTAL	7		20	4	16	6	10	1	8	2	8	1	4	1	73	15	88	
MALE	7		20		16		10		8		8		4		73			
FEMALE				4		6		1		2		1		1		15		
AGE GROUPS	7		24			22	11		10		9		5					
PERCENTAGE OF TOTAL	8		27.2			25	12.5		11.4		10.2		5.7					

In Schedule "E" hereunder comparative figures for a ten year period from 1980 - 1989 on all accidental, violent and sudden infant deaths are included.

SCHEDULE "E"
1980-1989

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	AVERAGE
MOTOR VEHICLE	180	146	176	108	137	84	95	137	126	128	131.7
BYCYCLIST	7	6	2	3	8	2	3	7	5	2	4.5
PEDESTRIAN	43	40	26	17	27	28	24	10	19	14	24.8
DROWNING	43	37	33	20	26	30	24	31	28	17	28.9
AIRPLANE	6		1	2	2			5	7	4	2.7
FARM ACCIDENT	4	4	8	1	3	2	2	2	2	1	2.9
FIREARM ACCIDENTS	6	5	1	3	7	4	2	2	2	5	3.7
HOMICIDE	10	15	13	10	16	15	14	20	12	16	14.1
INDUSTRIAL	11	7	10	7	15	12	12	8	8	4	9.4
SUICIDE	83	67	91	105	86	83	103	76	111	85	89
FIRE	31	17	16	15	25	27	25	26	18	23	22.3
SUDDEN INFANT DEATH	21	17	9	20	20	13	5	8	14	7	13.4
SNOWMOBILE	5	2	2	3	2	2	2	2	3	2	2.5
OTHER	79	57	56	33	49	18	26	14	16	20	36.8
TOTAL	529	420	444	347	423	320	337	348	371	328	386.7

SUMMARY OF INQUESTS AND RECOMMENDATIONS

INQUEST NO. 1

On February 6 an inquest was held in Saint John into the death of a 26 year old man who died of exposure in December 89 after eluding the RCMP at Milkish Creek, NB.

The jury found that the death resulted from hypothermia. The deceased's vehicle was found in the ditch shortly after failing to stop for police. The deceased, who ran into the woods was very poorly dressed for such cold weather and died from exposure.

The jury stated that due to the lack of cooperation of people questioned at the scene, the search for the driver was unnecessarily delayed.

The jury made no recommendations.

INQUEST NO. 2

On March 5 an inquest was held in Saint John into the death of a 46 year old woman who died in December 89 from smoke inhalation as a result of a blocked furnace chimney in her residence in Saint John, NB.

The jury found that the death resulted from carbon monoxide poisoning and was accidental.

The recommendations of the jury which were forwarded to the Hon. Michael McKee, Minister of Labour and to the NB Fire Marshall were as follows:

1. "All furnace installers should be required by provincial law to have taken a course and passed it before installing any type of home/office furnace; a license should be issued to these installers.

2. With high efficiency furnaces, a steel chimney liner should also be installed.

3. Proper ventilation should be mandatory."

The Assistant Deputy Minister of Labour responded to the recommendations in the following manner:

> "The recommendations of the Coroner's Jury are noted and have been circulated to our senior inspection staff for their information and consideration. With respect to the recommendations, I would like to bring to your attention that the Canadian Standard Association Code B139-1976 (Installation Code for Oil Burning Equipment) is referenced in the National Building Code of Canada. In addition, the National Building Code is called up in the NB Community Planning Act (Dept. of Municipal Affairs)."

INQUEST NO. 3

On March 6 an inquest was held in St. Stephen into the death of a 26 year old man who died in December 89 after being arrested in St. Stephen, NB.

The jury found that the death resulted from a gunshot wound to the head and was accidental. The deceased, after being arrested at his home, suddenly bolted into his bedroom closet and exited with a shotgun. During a struggle with the police officers the gun discharged killing the man instantly.

The jury made no recommendations.

INQUEST NO. 4

On May 14 an inquest was held in Cormier Village into the deaths of 13 people who died in October 89 as a result of a pulp truck/hay wagon collision in Cormier Village, NB on 8 October 1989.

The jury found that the deaths resulted from multiple injuries and were accidental.

The recommendations of the jury which were forwarded to the Hon. Raymond Frenette, Minister of Health and Community Services, Hon. Hubert Seamans, Minister of Municipal Affairs, Hon. Sheldon Lee, Minister of Transportation, the Executive Director of Policing Services in the Department of the Solicitor General, the Emergency Measures Organization, NB Safety Council Inc., Atlantic Canada Owner Operator Association, Atlantic Provinces Trucking Association and Canadian Pacific Trucking were as follows:

1. "We recommed that applicants for a license to drive tractor trailers or transport heavy loads be obliged to take a recognized program of driver training of a minimum duration of 6 weeks.

   a. This course absolutely must familiarize drivers with the tendencies of the type of vehicle in question to overturn, by comparison to other types of vehicle and teach drivers the techniques of driving appropriately to compensate for the potential instability of these vehicles.

   b. The drivers course must include instruction on specific techniques of loading trucks, trailers and other heavy loads in order to increase stability. Instructions on securing loads and the pertinent regulations to the securing of loads must be an integral part of the training program.

   c. The Province of New Brunswick should consider revising the Drivers Manual and the Drivers Examination to include a section on the appropriate methods of loading tractor trailers including the details concerning the devices for securing loads as well as specific instructions respecting driving tractor trailers and other heavy loads.

   d. These regulations should be enacted in order to avoid the loading of vehicles in the manner demonstrated in the present case.

2. It is also recommended that regulations be enacted to prohibit the transportation of persons on trailers being towed by a farm tractor on public roads and highways but taking into consideration the work requirements or persons employed in agriculture.

3. We recommend that fines be sufficiently high to be an effective deterrent to drivers who otherwise may break the rules of the road and the rules of safety.

4. All drivers who are involved in a major accident should be required to be retested by an appropriate driver training school.

5. We recommend that an inspection of tractors (trucks), and trailers be required more often (than currently is required) and (be performed) by licensed mechanics.

6. We recommend that the transport industry and the insurance industry continue and expand the promotion of safety courses for all truck drivers."

The jury also adopted the recommendations in the report prepared by J. Robert LeBlanc of the Emergency Measures Organization entitled "Post Incident Report on The Cormier Village Incident 8 October, 1989" as follows:

1. "That communities in the greater Moncton area investigate the benefits of the Provincial Integrated Radio System and its implication during an emergency situation.

2. That departmental/agency supervisors ensure that a training program be provided for their personnel in radio communications and procedures.

3. That departmental/agency supervisors ensure that a training program be provided for their personnel in telephone procedures, such as the receiving of calls, type of information that should be obtained and the passing of information to other response agencies.

4. That departmental/agency supervisors ensure that a program is available whereby their personnel are able to obtain Critical Incident Stress Debriefing (CISD) following their response to a major accident.

5. That departmental/agency supervisors responsible for fire and ambulance ensure that there is an ample supply of stretchers, spine boards and cervical collars when responding to an emergency.

6. That Health and Community Services investigate the possibility of supplying all Provincial ambulances with METTAGS so as to ensure that casualties are transported to hospital according to their priority.

7. That departmental/agency supervisors investigate the benefits of having their equipment marked for easy identification and loss prevention.

8. That departments/agencies holding a casualty collecting unit (CCU) investigate the benefits of procuring a trailer or finding an alternate mode to transport its contents to a major incident.

9. That police at the scene of a major incident ensure that there are sufficient police or volunteer personnel to effect crowd and traffic control to allow emergency vehicles easy access and egress from the site.

10. That Emergency Site Managers be clearly identified through the use of a white vest inscribed ESM on front and rear panels.

11. That Command Post clearly be identified through the use of a banner or sign denoting "COMMAND POST" in large letters.

12. That emergency planners in communities surrounding the greater Moncton area investigate the possibility of developing a Regional Plan from which there would be a larger resource base to draw from and augmented response in the event of a major incident."

The Minister of Health and Community Services responded to the first six recommendations as follows:

1. Recommendations 1, 2, and 3 of the EMO report concerning radio communication.

   Since 1989, all ambulances in New Brunswick are part of the Provincial Integrated Radio Communication System. A training program entitled Radio Communications is provided free-of-charge to ambulance attendants and staff of health care facilities where a base radio is located. This course is provided under the Department's Ambulance Attendant Training Program. The course content is

currently being revised by the Radio Communication Branch of the Department of Transportation. Participation in the course is voluntary. Course scheduling is flexible to accommodate the students.

2. Recommendation 4 concerning Critical Incident Stress Debriefing.

   During the week prior to the accident, the Department had sponsored a workshop for departmental personnel and ambulance attendants on Critical Incident Stress Debriefing. As a result of these workshops, departmental staff were able to successfully respond to the debriefing requests received from ambulance attendants and hospital staff.

   Provincially, each Mental Health Clinic has identified two professionals who are willing to provide Critical Incident Stress Debriefing and all have received the basic training. Work is under way in the Mental Health Commission to develop a coordinated provincial C.I.S.D. program that will have a more pro-active as opposed to reactive approach to the problem of critical incident stress.

3. Recommendations 5 and 6 concerning availability of emergency supplies.

   An ad-hoc committee whose membership includes ambulance attendants, an emergentologist, an emergency room nurse, a hospital administrator and an ambulance inspector will begin meeting in October, 1990. One of the main tasks assigned to this Committee is to develop minimum standards for equipment and supplies for ambulances in New Brunswick. The recommendations from the coroner's inquest will be made available to each Committee member. Under the current guidelines, each ambulance should have a minimum of 2 stretchers, 1 long fracture board, and 1 short fracture board. Triage tags are not mentioned as minimum supplies. A copy of the current guidelines are attached for your information. Additionally, the Federal Government is responsible for providing a national stockpile of medical supplies. The main purpose of the Emergency Stockpile Program is to have large quantities of essential health supplies strategically located across Canada so that they will be available in the immediate post-disaster period. Departmental staff will be meeting with representatives from Emergency Services, Health and Welfare Canada on October 10-12, 1990 at the federal/provincial meeting of Emergency Health and Social Services Directors. One of the topics for discussion will be a post-incident review of the Cormier Village incident.

A copy of the recommedations of the coroner's jury will be made available to the provincial and federal representatives in attendance. A request will be made, at that time, to have a supply of stretchers, spine boards, cervical collars and triage tags, added to the Casualty Collecting Units provided by Health and Welfare Canada under the Emergency Stockpile Program.

Mr. Robert LeBlanc of the Emergency Measures Organization responded to recommendations 1, 4, and 12 made by EMO.

1. That communities in the greater Moncton area investigate the benefits of the Provincial Integrated Radio System and its implications during an emergency.

   (a) NB EMO through its Community Emergency Preparedness program and the assistance of the Fire Marshall's Office, the Department of Health and Community Services and Solicitor General (Policing Services) will continue to promote the benefits of the Integrated Radio System in emergencies to those communities in the greater Moncton area. To date 10 municipalities within the greater Moncton area are on the Integrated net and it is our goal to have all of the response agencies within that region on the system.

4. That departmental/agency supervisors ensure that a program is available whereby personnel are able to obtain Critical Incident Stress Debriefing (CISD) following their response to a major incident.

   (a) NB EMO through its Community Emergency Preparedness program with the assistance of Health and Community Services will continue to promote the benefits of CISD to the response agencies within the greater Moncton area and arrange for seminars to be conducted should their be a requirement.

12. That emergency planners in communities surrounding the greater Moncton area investigate the possibility of developing a Regional Plan from which there would be a larger resource base to draw from and augmented responses in the event of a major incident.

   (a) NB EMO has prepared a concept for a community emergency preparedness strategy for the 90's which will lend itself to resource based emergency planning and with the advent of newly created HAZMAT teams and HAZMAT regions will provide a basis for the establishment of resource based regional planning and

response. Moncton, Riverview, and Dieppe better known as the MDR have a committee which meets on a regular basis to discuss emergency planning arrangements. The MDR however does not include the outlying areas. Our thrust for the future will be to create a regional plan to better serve the greater Moncton area and outlying communities.

Regarding the applicability of the remaining recommendations, NB EMO will continue to assist Departments and agencies with the implementation of the recommendations and continue to monitor their results through the exercising of the communities, response agencies and institutions.

INQUEST NO. 5

On May 9 an inquest was held in Saint John into the death of a 32 year old man who died in November 89 as a result of a hunting accident in the West Long Lake area in Charlotte County.

The jury found that the death resulted from massive bleeding from a gunshot and was accidental. The deceased who was dressed in brown clothing was shot when mistaken for a deer.

The recommendations of the jury which were forwarded to the Hon. Morris Green, Minister of Natural Resources and Energy were as follows:

1. "That the (hunter orange) vest be replaced by a coat or full upper body orange hunting equipment.

2. That hunter safety courses be given and that it be mandatory for all applicants for hunting permits or licenses to successfully complete such courses in order to obtain a hunting license or permit.

3. That the Department of Natural Resources and Energy reconsider present policy with regard to legal hunting hours."

The Minister of Natural Resources and Energy replied that the Department is considering that hunters be required to wear solid hunter orange material along with a hat of similar color during the peak of hunting period of September 1 to November 30. This would allow for better visibility and safety.

In response to the second recommendation, the Department has been working towards implementing mandatory hunter education for all first time hunters. Presently, over 55,000 New Brunswickers have completed a Hunter Education course since the program was first implemented and the Department is working towards having a mandatory hunter education program in place within the next few years.

Regarding the third recommendation, the Department reduced the legal hunting time by one half hour ten years ago. This was to allow persons an opportunity to remove their firearms from the hunting area without being in violation of the law. The period of time near sunset or early morning is the most opportune time for hunting game and is very important to hunters. The Department will however, reconsider the issue in light of this recommendation.

INQUEST NO. 6

On June 14 an inquest was held in Hampton into the death of a 24 year old man who died in March 90 as a result of a shooting incident in Rothesay, NB.

The jury found that the death resulted from a self inflicted shotgun wound to the left side of the face and was a suicide.

The one recommendation made by the Coroner was forwarded to Hon. Conrad Landry, Solicitor General, W. B. Connor, Deputy Solicitor General, Hugh Robicheau, Executive Director of Policing Services, and to the NB Association of Chiefs of Police and to all Chiefs of Police in New Brunswick was as follows:

1. "While I feel that the investigation by the Rothesay Regional Police into the events surrounding the death of Wayne Douglas Power was performed in a satisfactory manner, nevertheless, in order to better ensure a thorough and objective police investigation and to reinforce public confidence in police forces, I recommend that all incidents of serious injury or death involving a police officer be investigated by another (independent) police force."

A response has been received from several Chiefs of Police favouring the above recommendation.

INQUEST NO. 7

On June 12 an inquest was held in Moncton into the death of a 26 year old man who died in March 90 as a result of an industrial accident in Moncton, NB.

The jury found that the death resulted from multiple injuries to the head and upper body and was accidental. The deceased was a labourer in a salvage yard where a rail car was being loaded with scrap metal. He fell from the car while it was moving and was crushed under its wheels.

The recommendations of the jury were forwarded to the Chairperson of the Occupational Health and Safety Commission, Hon. Doug Lewis, Minister of Transport, the President and Chief Executive Officer C.N.R., the Vice-President, Atlantic Region

C.N.R., the President and Chief Executive Officer C.P.R., the National Transportation Agency of Canada, Maritime Recycling Ltd., and to the General Manager of the NB Safety Council Inc. were as follows:

1. "Rail cars not be moved by non-railway personnel unless by use of proper equipment and procedures, authorized by Provincial Safety Authorities.

2. Non-railway personnel involved with railway equipment be trained in safety procedures, railway regulations and/or recommendations regarding such equipment.

3. Until such above mentioned recommendations can be enforced, no train cars be moved by non-railway personnel."

The Occupational Health and Safety Commission has noted that railway employees are now the only employees moving railway cars in the scrap yards and this is being carried out with regular diesel driven locomotive engines.

While CN and CP and Transport Canada agree with the recommendations they are not in a position in the context of the tragedy at hand to enforce such recommendations, it being the responsibility of the Occupational Health and Safety Commission.

INQUEST NO. 8

On July 10 an inquest was held in Fredericton into the death of a 42 year old man who died in January 90 as a result of an industrial accident at an autobody shop in Fredericton, NB.

The jury found that the death resulted from multi-organ failure through 3rd degree burns to 95% of the body and was accidental. The deceased poured paint thinner into an incinerator,

which exploded and engulfed the victim in flames.

The recommendation of the jury which was forwarded to the Chairperson of the Occupational Health and Safety Commission, the New Brunswick Fire Marshall, the Minister of Agriculture, the Minister of Environment, the NB Safety Council Inc., and the Emergency Measures Organization were as follows:

1. "That all vehicle body shops in the Province be inspected immediately to ensure that the disposal of hazardous waste substances is in accordance with the appropriate federal and provincial laws and regulations."

In addition to the recommendation from the jury, the Chief Coroner made two additional recommendations:

2. "That a comprehensive strategy be developed to dispose of unwanted or waste chemicals, both from a safety and environmental perspective, coupled with a public education campaign to make the public aware of how to go about disposing of this material.

3. That the ongoing campaign under the Workplace Hazardous Materials Information System Regulation (WHMIS) be intensified, particularly concerning employee instruction and training in the workplace regarding the safe handling, storage, and disposal of hazardous materials, and the labelling and identification of hazardous materials."

The Hon. Vaughn Blaney replied that the government recognized the importance of developing a sound strategy for the safe and proper handling of all hazardous materials. He noted that he had convened an Interdepartmental Committee on Hazardous Materials with the mandate to develop a policy framework for the comprehensive and integrated management of hazardous materials. Over 20 recommendations were put forward, some of which have already been implemented. One recommendation was for mandatory training and education requirement for those who handle these materials.

The Occupational Health and Safety Commission have implemented a special inspection program on autobody shops in the province. Special attention will be paid to the handling and storage of hazardous materials.

The Department of Agriculture replied that they strongly concurred with the recommendations. They feel that a stringent enforcement of the WHMIS (Workplace Hazardous Materials Information System) Program coupled with ongoing employee instruction and training in the workplace are the absolute necessary keys to employee safety and a healthy environment.

The department is actively promoting these procedures within their own ranks.

INQUEST NO. 9

On November 13, 14, and 15 an inquest was held in Saint John into the death of a 23 year old native female who died in February 90 in Saint John as a result of asphyxiation.

The jury found that the deceased committed suicide by hanging herself. The deceased was a native person who had grown up on a reserve in New Brunswick and subsequently moved to Saint John. There were indications she may have been a fetal alcohol child; she was exposed to serious violence in the family, a pregnancy at age fifteen and alcohol and drug abuse. She died the day following having sought psychiatric help but was professionally assessed as not being a serious suicide risk.

The recommendations of the jury which were forwarded to the Hon. Tom Siddon, Minister of Indian and Northern Affairs Canada, the Hon. Perrin Beatty, Minister of Health and Welfare, the Regional Director of Health and Welfare, the Hon. Raymond Frenette, Minister of Health and Community Services, the Mental Health Commission, the Union of NB Indians and the NB Aboriginal Peoples Council were as follows:

1. That mental health care workers be available on reservations. These people should preferably be native.

2. That for major centres where a Crisis Intervention Centre exists, there should be native counsellors available. Particular attention should be paid to native volunteers.

3. That a Crisis Intervention Centre be evaluated as soon as possible in Saint John.

4. That Psychological Autopsies be completed for all suicides.

5. That all files for any potential suicide individuals be highlighted for rapid identification.

6. That the publication "Suicide in Canada" be reprinted and made available to the public and anyone involved in mental health diagnosis and care.

7. That a review of the systems of communications between and within mental agencies be completed leading to a central source of information. The use of telecommunications and computer technology should be seriously considered in this review.

8. That a task force be commissioned to study and make recommendations based on evidence, testimony, and exhibits presented at this inquest.

The jury also stated the following:

"We feel that this inquiry has been a very worth while endeavour. We regret that the vast majority of the public could not have experienced what we have.

We commend those people who undertook this inquiry because we feel it has been important.

We also wish to commend the health care professionals and volunteers that we have heard testimony from for their capabilities and dedication."

The Hon. Raymond Frenette replied that he was very encouraged by the recommendations and has asked for an immediate follow-up by the Mental Health Commission.

The Chairman of the Mental Health Commission, Mr. Eugene Niles, found the recommendations to be appropriate and that all are feasible, desirable and doable. A number of them had already been identified and addressed by the Mental Health Commission. He proposed that recommendation # 8 be acted upon immediately with the mandate to address the other seven recommendations along with the issues which may be identified by the task force.

Health and Welfare Canada replied to each of the recommendations in the following manner:

Re Recommendation #1:

> Currently there are no health care providers who are specifically identified as Mental Health Workers. There are several groups of people who are currently employed at the community level who, with some co-ordination and education, could be called upon to provide this service. The people employed are Community Health Representatives, NNADAP Workers, Social Workers, Adult Care Workers, Home Makers, etc. All these people are Native.

Re Recommendation #2:

> The Medical Services Branch does not have a mandate for services off-reserve. This is a provincial responsibility.

Re Recommendation #3:

> As mentioned above, the Medical Services Branch does not have a mandate for services off-reserve.

Re Recommendation #4:

The completion of psychological autopsies in every case of suicide is not one that would be approved by mental health professionals in general because of the harm and distress which can result for survivors when the exercise is not handled with great skill and sensitivity.

Re Recommendation #5:

There are problems around the call for ready identification of suicidal patients which derive from confidentiality issues. These are strongly espoused by patient advocacy groups.

Re Recommendation #6:

This publication, published by the Health Services and Promotion Branch, is presently under review and a reprinting is planned at some time in the future.

Re Recommendation #7:

At the reserve level, the Community Health Nurses do consult with other Reserve health care providers such as the Drug and Alcohol Counsellors and Social Workers. Community Health Nurses also communicate with physicians, hospitals and Mental Health Clinics when they identify a potentially suicidal client. On a wider scale, this is a provincial responsibility.

As the information to be communicated is of a highly confidential nature, some agencies are hesitant in communicating information to para-professionals.

Re Recommendation #8:

This recommendation would appear to be a repeat of the inquest and may prove limited in providing new information or recommendations.

The Minister of Indian Affairs and Northern Development responded in the following manner:

"My department and I are deeply concerned with such recurring situations as you describe in your letter. We are strongly committed to improving social conditions for Indians living on reserves. In this regard, we work as much as possible in consultation with Indians and other federal, provincial and territorial departments to develop and expand social services which are culturally appropriate and respond to existing needs.

Your recommendations are a serious step toward helping those responsible for improving living conditions for native people in Canada."

INQUEST NO. 10

On October 23 an inquest was held in Edmundston into the death of a 25 year old man who died in June 90 as a result of an industrial accident near Grand Falls, NB.

The deceased, a member of a team of workers removing an outdoor electrical sign accidentally received a shock when a piece of equipment came into contact with a high tension wire.

The jury found that the death resulted from electrocution and was accidental.

The recommendations of the jury which were forwarded to the Hon. Rayburn Doucett, NB Power, the Hon. Mike McKee, Minister of Labour, the Occupational Health and Safety Commission, and the NB Safety Council were as follows:

1. Whenever an installation or other work is to be done near high tension wires, that the New Brunswick Power Commission be notified and that an NB Power employee be present on the job site.

2. During the installation or the dismantling of (electric) signs, or for any other operation, that non-metallic and non-conducting guides be used to stabilize the signs during their installation or dismantling.

3. That employers be responsible to ensure that their employees are familiar with the regulations of the Occuaptional Health and Safety Commission, and concerning first aid and cardio-pulmonary resuscitation (CPR) and that members of each work team know how to perform CPR.

4. That any supervisor of a work crew have received a basic level of training in electricity.

The Occupational Health and Safety Commission replied to each of the recommendations.

1. Regulation 77-1, section 30(24) of the Occupational Health and Safety Act has requirements that contact be made with the electric utility when work is to be performed near electric conductors. Although NB Power will provide advice and assistance as required, they are unable to be physically present at every job site.

2. The requirement for non-metallic guides is not currently a specific regulatory requirement. This recommendation will however be included in an electrical hazard alert in the near future.

3. The requirement for CPR training will be included in future regulations for electrical workers. This will be supplementary to the current requirement for first aid training.

4. While it is implicit in the Occupational Health and Safety Act and regulations that supervisors must be adequately trained in order "...to ensure the health and safety of his employee...", there is no current mechanism to certify supervisor training. This training can however be encouraged by Occupational Health and Safety Commission.

The Commission noted that:

> "The three work-related electrocutions this year have again reinforced the requirement for education, information and regulations to promote electrical safety. Several initiatives are proposed, in cooperation with the Department of Labour and NB Power in our continued efforts to improve workers awareness of electrical hazards. This inquest has helped in this regard."

INQUEST NO. 11

On September 25 an inquest was held in Newcastle into the death of a 63 year old woman (a pedestrian) who died in April 90 after being struck by a motor vehicle at Chatham, NB.

The jury found that the death resulted from multiple internal injuries, a fractured cervical spine, and a fractured neck. The death was accidental.

The recommendations of the jury which were forwarded to the Hon. Sheldon Lee, Minister of Transportation and to Mr. Hugh Robicheau, Executive Director of Policing Services were as follows:

1. The existing policy regarding reinstatement of driver's licenses should be changed (respecting the matters noted below).

2. Accumulative accidents by a driver in a given time frame should be reviewed to determine whether that driver should be permitted to continue driving.

3. Police officers should be allowed to suspend a driver's license immediately where reasonable proof of an existing medical problem would warrant such suspension.

4. The medical form for reinstatement of driving privileges should require more information from the doctors who conduct tests in order to demonstrate satisfactorily that the patient (prospective driver) is medically sound. THe doctor, rather than the applicant for reinstatement, should send the form to the Motor Vehicle Branch.

The Minister of Transportation responded to each of the recommedations in the following manner:

1. I am of the view that the methods currently used to evaluate the health condition of certain identified drivers is adequate when considering suspension/reinstatement of that driver. We rely strictly on doctors' comments but do reserve the right to have individual cases reviewed by medical advisors.

2. Our current review standard is three accidents in any one year period. It is uncertain if we can handle any additional volume with existing staff. Motor Vehicle Branch is just about to turn on a new automated records system. They then will be able to look at the standard to determine if anything more might be done in this regard.

3. Police officers suspending licenses without factual proof of poor health, and not being experts in that area, is a subject currently being debated. There in an unproclaimed section 265.5 in the Motor Vehicle Act dealing with drivers of commercial vehicles. If the problems get sorted out, we may try to do this with all drivers.

4. Motor Vehicle Branch will review the need for more specific information on the medical form. They have not experienced any problems with the form being returned by the driver, but they will review the recommendation that it be returned by the doctor.

INQUEST NO. 12

On November 8 an inquest was held in Newcastle into the death of a 39 year old man who died in February 90 after being incarcerated in the Newcastle Town Police cells following his arrest for break and entry into a Newcastle pharmacy.

The jury found that the death resulted from a multiple drug overdose. The manner of death was described as accidental.

The recommendations of the jury were forwarded to the Newcastle Town Police, the Mayor of Newcastle, the Executive Director of Policing Services, and the RCMP were as follows:

1. That the design of the (Newcastle Town Police) cell in which the deceased was lodged, be modified to provide better observation of prisoners to insure that no harm come to them while in custody.

2. That a video camera be installed inside the cell that the deceased was lodged in, to enable the guard or the police officer to view a prisoner who is located in the area behind the door, which is hidden from view from the cell observation window.

3. That a medical physician be consulted and the prisoner be escorted to a medical facility for treatment, where a police officer suspects that a prisoner has taken an overdose of drugs.

4. That the Supervisor check on the condition of subjects, who are lodged in cells, at the beginning and at the end of their shifts to ensure that the prisoner is in good condition and being properly taken care of.

5. That there should be "constant" checking of the prisoners by the guard, with a notation of at least every fifteen minutes being made on the Guard Report, commencing with the actual time the guard takes charge of the custody of the prisoner.

6. That an Artificial Respiration protective face mask be made available to all members who are responsible for the safe keeping of prisoners, at all times.

7. That the guard be made aware of the conditions of the prisoner both mentally and physically.

Incidentally, the first 6 recommendations were suggested by an RCMP investigator and were accepted by the Jury.

The Executive Director of Policing Services responded to each of the recommendations as follows:

1. At the present time, the door to this particular cell has been removed and the cell is not in use. The Chief of Police advises the door will be reconstructed to include a barred opening in the top half of the door to allow visual checks of prisoners held therein. The Chief is also considering the feasibility of removing a portion of the wall of this cell and installing bars. This is subject to approval by council and architect. If these changes are made, adequate observations and checks of prisoners held in this cell should not be a problem.

2. There has always been a video camera in this cell. However, at the time of this incident, the TV monitor was in the force's "operational room" and not hooked up to the video camera. At the present time, the camera and monitor are hooked up and in use in the guard room.

3. Newcastle Town Police "Rules and Regulations", passed by council 17 March 1983, include direction dealing with this matter. A copy of the directive has been posted in the guard room and signed by the guards.

4. This recommendation is now subject of a local order to all supervisors dated 14 November 1990, requiring them "to inspect the cell area and guards at the start of their shift and at least every two hours throughout and record their attendance on the Guard Attendance Sheet".

5. Local "Rules and Regulations" dealing with Treatment of Prisoners, dated 16 September 1985, require the person hired as jailer to visually check prisoners every 15 minutes as per check sheet. Several other duties and responsibilities of the guards are set out in this directive, which is signed by all guards.

6. A "Laerdal Pocket Mask" respiration device (mouth to mouth) is now located in the guard room. The same device has also been placed in each patrol car and in the front office area of the building.

7. A local order, dated 14 November 1990 has been issued by the Chief of Police to the Police Officers and Guards to "advise the guards of any mental or physical condition of a prisoner" and record the information on the arrest sheet.

The reply from the Newcastle Chief of Police contained essentially the same information as in the above response.

INQUEST NO. 13

On November 29 an inquest was held in Moncton into the death of a 48 year old man who died in Riverview in August 1990 as a result of an altercation.

The jury found that the death resulted from an acute subarachnoid haemorrhage after the deceased received a blow to the head. The death has been classified as a homicide.

The jury made no recommendations.

As the Director of Public Prosecutions decided that criminal charges were not appropriate in this death the Chief Coroner called for the inquest in order to publically air the circumstances.

It should be noted that this report mentions the replies received by the Office of the Chief Coroner as of 1 February 91 in response to the recommendations from each of the inquests conducted in 1990.

DIX-NEUVIÈME RAPPORT ANNUEL DU CORONER EN CHEF

PROVINCE DU NOUVEAU-BRUNSWICK

POUR LA PÉRIODE DU

1ER JANVIER AU 31 DÉCEMBRE 1990

76-5953 (6/91)

DIX-NEUVIÈME RAPPORT ANNUEL
DU
CORONER EN CHEF
DE LA
PROVINCE DU NOUVEAU-BRUNSWICK

pour la période du 1er janvier au 31 décembre 1990

DIVISION DES CORONERS

MINISTÈRE DU SOLLICITEUR GÉNÉRAL

Solicitor General | Solliciteur général

New Nouveau Brunswick

L'honorable Conrad Landry
Solliciteur Général
Fredericton, Nouveau-Brunswick

Monsieur le Ministre,

J'ai l'honneur de vous présenter le dix-neuvième rapport annuel du coroner en chef pour la période du 1er janvier au 31 décembre 1990, en application de l'article 43 de la Loi sur les coroners.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de ma très haute considération.

JOHN H. EVANS
Coroner en chef
Province du Nouveau-Brunswick

TABLE DES MATIÈRES

		PAGE
A.	**SURVOL HISTORIQUE**	1
	Origine de la fonction de coroner	1
	Évolution de la fonction de coroner du Moyen-Age à nos jours	3
	L'expérience canadienne	6
B.	**LE SYSTÈME DE CORONERS DU NOUVEAU-BRUNSWICK**	8
	Organisation	8
	Déclaration	9
	Pouvoirs d'investigation de la Division des coroners	10
	But de l'investigation	11
	La décision de mener une enquête	12
	Résumé	13
C.	**RÉSUMÉ STATISTIQUE DES INVESTIGATIONS MENÉES À LA SUITE DE DÉCÈS**	14
	Tableau <<A>> - Nombre total de décès signalés	15
	Tableau <<B>> - Morts accidentelles	16
	Tableau <<C>> - Suicides - selon le sexe, l'âge et la circonscription judiciaire	17
	Tableau <<D>> - Suicides - selon le moyen, l'âge et le sexe	18
	Tableau <<E>> - Données comparatives (1979 - 1988)	19
D.	**RÉSUMÉ DES ENQUÊTES ET RECOMMANDATIONS**	20

A. SURVOL HISTORIQUE

Origine de la fonction de coroner

La fonction de coroner est la plus vieille institution du droit anglais, après celles de monarque et de shérif, et sa véritable origine est loin de faire l'unanimité. Mentionnée par écrit pour la première fois pendant le règne du roi Alfred (871-910), elle remonte probablement aux alentours de la conquête normande, époque où le coroner, sous le nouveau régime, vient à jouer un rôle important dans l'administration de la justice. Son évolution suit l'histoire juridique et constitutionnelle anglaise et les transformations qu'elle a subies depuis mille ans.

L'une des premières tâches du coroner consistait à enquêter sur les morts soudaines et inattendues. Au départ, et la même chose valait pour ses autres fonctions, il s'agissait essentiellement de protéger les intérêts financiers de la Couronne. À cet égard, le coroner devait établir la cause du décès; si le cadavre était celui d'un Normand, par opposition à un Anglo-Saxon, il fallait payer un impôt à la Couronne. Un jury aidait le coroner à établir ce fait et à déterminer s'il s'agissait d'un meurtre; dans l'affirmative, la ville ou le village était passible d'une amende supplémentaire si l'on ne pouvait repérer l'assassin. En revanche, si ce dernier était arrêté et condamné, tous ses biens et possessions revenaient de droit à la Couronne sur confiscation par le coroner. En outre, si la première personne à découvrir un cadavre omettait d'en

aviser les autorités locales et que celles-ci n'avisaient pas à leur tour le coroner, la Couronne imposait alors une amende spéciale à la ville entière pour manquement à ses devoirs. Cette fonction particulière (établir la cause d'un décès), modifiée au fil des ans, est à la base de tous les systèmes de coroners en vigueur actuellement dans les juridictions de common law.

Les autres tâches du coroner étaient surtout administratives et ne revêtent plus aujourd'hui qu'un intérêt historique : il tenait les dossiers judiciaires de la Couronne; il percevait et conservait les recettes fortuites de la Couronne, notamment les objets personnels ayant été cause accidentelle de mort d'homme, les épaves de mer, les baleines, esturgeons et marsouins qui, échoués ou capturés près de la côte, appartenaient au souverain, les trésors découverts par le pur effet du hasard puis, finalement, les biens confisqués mentionnés ci-dessus; il entendait le serment de ceux et celles qui demandaient asile; il exerçait également un contrôle sur les fonctions de percepteur du shérif et devait remplacer ce dernier s'il était frappé d'incapacité pour cause de défaut ou d'opposition d'intérêts.

La diversité des fonctions de cet officier et leur évolution au cours de l'histoire se reflètent dans l'origine même du mot «coroner», qui serait dérivé du vocable anglo-français pour «couronne», «corouner». Néanmoins, son appellation

précise semble avoir varié de temps à autre. Pendant le règne de Richard 1er, il s'appelait «coronarius»; sous le roi Jean, par contre, il cédait la place à «coronator», car au début il avait la garde du rôle des actions en justice intentées par la Couronne. Selon sir Thomas Smith (1583), l'appellation provient du mot «crowner» ou «coronator», puisque le décès de n'importe quel sujet par acte de violence touchait la Couronne et lui était préjudiciable. Autrement dit, le coroner, indépendamment de l'orthographe et de la prononciation du terme, était en réalité le représentant local du souverain. Une remarque est digne d'intérêt ici : alors que le mot «coroner» (dans sa graphie actuelle) fit son apparition au XIV^{e} siècle, le nom de «crowner» est en usage encore aujourd'hui dans le nord de l'Irlande et est utilisé vulgairement dans certaines régions d'Angleterre.

Évolution de la fonction de coroner du Moyen-Âge à nos jours

La meilleure façon de retracer l'histoire et l'évolution de la fonction de coroner est de se reporter à la législation anglaise.

L'article 20 du code de justice de Eyre (1194) prévoit l'élection dans chaque comté de trois chevaliers et d'un clerc en tant que «gardiens du rôle des actions en justice intentées par la Couronne». À ce propos, le coroner doit habiter le comté ou

la municipalité qu'il représente. L'autre condition de candidature, c'est sa richesse, que l'on considère sans doute comme une certaines garantie contre l'inconduite, infraction pour laquelle il risque de se faire confisquer ses terres et possessions par le roi. Comme cette fonction n'est pas rémunérée avant 1487, ses principaux attraits à l'origine sont probablement le prestige et le service public. Le coroner prête serment devant le shérif, a juridiction sur l'ensemble du comté et est nommé à vie durant bonne conduite. Il peut toutefois perdre son poste s'il accède à celui de shérif.

En 1276, pendant le règne d'Édouard 1er, est promulguée la loi intitulée De Officio Coronatonis. Cette loi énonce les fonctions d'enquêteur du coroner. Ainsi, sur sommation du huissier ou de tout autre honnête homme, le coroner doit se rendre sur les lieux d'un décès, pour ensuite convoquer les hommes de quatre villes avoisinantes qui vont former le jury. Cette loi pose pour la première fois les questions fondamentales auxquelles il faut répondre lorsque l'on enquête sur une mort non naturelle. Elles demeurent inchangées après sept siècles : Qui était la personne décédée? Comment, quand, où et par quel moyen est-elle morte?

L'avènement, en 1361, des juges de paix amorce la longue déchéance du rôle du coroner en matière criminelle. On a trouvé d'autres moyens de percevoir les recettes de la Couronne et l'officier perd également ses fonctions de contrôleur des

finances. En 1487, une loi prévoit le versement d'honoraires au coroner pour chaque enquête qu'il mène sur un décès soudain et non naturel. Comme le coroner est loin d'être populaire auprès des juges (qui l'avaient remplacé dans les causes criminelles), ceux-ci lui versent normalement le minimum prescrit. En conséquence, seuls les hommes de loi peu expérimentés ont tendance à accepter le poste. On se plaint souvent que le coroner procède à des enquêtes inutiles dans le seul souci d'arrondir ses maigres revenus. Chose étonnante, la fonction de coroner survit malgré cette adversité et regagne même une certaine importance pendant la révolution industrielle. Ce regain d'intérêt pour la profession est attribuable dans une large mesure au nombre de plus en plus grand de décès soudains et non naturels. Par ailleurs, le coroner continue à s'occuper des suicides et des cas d'homicide douteux, quoique les juges de paix aient pris en main les cas d'homicide manifeste.

En 1836, la loi anglaise est modifiée et le coroner peut dès lors rémunérer les médecins-experts à qui il demande avis. Ainsi, le coroner est davantage en mesure de se prononcer sur les cas d'homicide douteux, car il peut faire faire une autopsie. En sa qualité d'enquêteur médico-légal, il regagne une partie du prestige qu'il avait perdu en matière criminelle. Par ailleurs, son étroite association avec les experts jette les bases du système actuel en Angleterre. en 1860, une autre loi

vient renforcer cette nouvelle image de marque; en effet, le système d'honoraires cède la place à un système de salaires pour le coroner de comté. Puis, en 1887, une nouvelle loi exige la tenue d'une enquête chaque fois que le coroner a des raisons de croire qu'un décès est attribuable à un acte de violence ou à une cause non naturelle, ou encore que la cause du décès est inconnue. L'année 1888 marque un autre pas en avant : l'Angleterre remplace l'élection des coroners par un système de nominations.

D'autres changements viennent modifier le système. En 1926, le coroner perd une partie de ses pouvoirs judiciaires; en effet, il est tenu de mettre fin à son enquête sur les cas de meurtre, d'homicide involontaire ou d'infanticide dès mise en accusation. La même année, il n'est plus obligatoire de procéder à une enquête sur tout cas de décès dont la cause est inconnue. En 1977, les pouvoirs du coroner sont encore restreints et il n'a plus le droit de rendre un verdict de meurtre, d'homicide involontaire ou d'infanticide, fait qui lui enlève le droit de mise en accusation que lui donnait la common law.

L'expérience canadienne

Le coroner de common law fait son apparition outre-Atlantique très tôt, de sorte que chaque province et État s'est inspiré du modèle anglais.

Au Canada, la fonction est instituée avant que le système de common law, de qui elle participe, ne subisse les

transformations qui modifient le rôle du coroner en Angleterre. Après la Confédération, l'enquête du coroner provincial sur les cas d'homicide est plus ou moins une enquête préliminaire. En 1892, le premier Code criminel ôte au coroner son pouvoir de mise en accusation. Dans le cas de certains verdicts, toutefois, la personne désignée nommément peut être mise sous garde et conduite devant un juge ou se voir astreinte à contracter un engagement de comparaître, mais on s'est rarement prévalu de cette disposition ces dernières années.

Chaque province et territoire du Canada a son propre système d'enquête sur les morts soudaines. Ceci dit, la plupart des provinces ont limité les pouvoirs du coroner à l'établissement de la responsabilité civile ou criminelle. Trois d'entre elles, à savoir l'Alberta, la Nouvelle-Écosse et le Manitoba, ont maintenant un système d'expertise médicale. Terre-Neuve, de son côté, n'a pas de système de ce genre, ni même de coroners. Dans cette province, c'est un juge qui enquête sur les morts soudaines aux termes de la Loi sur les poursuites sommaires. Les autres provinces et les deux territoires ont pour leur part un système de coroners qui s'inspire, à des degrés divers, du modèle de la common law.

Bien que les coroners du Nouveau-Brunswick conservent «la juridiction, les pouvoirs et l'autorité des coroners de common law» et bien que les tribunaux ont statué que la Charte des droits ne diminue aucunement la portée de l'article 44 de la Loi sur les coroners relativement à la procédure, une décision de

J. Godin le 2 mai 1988 Re Gregoire et le coroner de circonscription pour Campbellton, a effectivement restreint le champ de l'enquête et particulièrement le verdict.

Une enquête n'est pas un forum pour résoudre les litiges civils ou exercer des poursuites. Une enquête n'est pas un procès et un coroner n'est pas un juge. On fait appel à des procédures inquisitoriales par opposition à des procédures accusatoires ou contradictoires. Il n'y a donc pas d'«accusé» ou de «défendeur» ni de «parties» ou de «lis». De plus, il ne convient pas, en principe, pour un organisme public autre qu'un tribunal de se prononcer formellement sur la responsabilité juridique d'un individu qu'il s'agisse d'une affaire criminelle ou civile.

On a également demandé à tous les coroners du Nouveau-Brunswick de protéger les droits civils de toutes les personnes qui auraient pu être liées directement ou indirectement aux décès d'une personne et de voir à ce que le jury du coroner n'a pas tiré de conclusion de responsabilité civile ou criminelle ou désigné une ou des personnes responsables de tout acte ou toute omission qui aurait pu contribuer au décès.

B. LE SYSTÈME DE CORONERS DU NOUVEAU-BRUNSWICK

Organisation

Au Nouveau-Brunswick, la Division des coroners, aux fins d'organisation et d'administration, relève du ministère du

Solliciteur général. Le coroner en chef est chargé de la surveillance générale du système. Son bureau est situé à Fredericton et il est assisté d'un coroner en chef adjoint et de trois coroners régionaux directement responsables des activités à l'intérieur de régions désignées, dont les bureaux se trouvent à Campbellton, Moncton et Fredericton. En outre, tous les shérifs et shérifs adjoints sont coroners d'office, quoiqu'ils n'agissent pas tous à ce titre au sein du système. Actuellement, 37 employés à temps plein parmi eux sont coroners. Par ailleurs, un certain nombre de coroners non juristes sont nommés et ils travaillent à l'acte pour un traitement purement nominal. Ils représentent un vestige nécessaire de l'ancien système des coroners en place avant 1971, lequel n'employait que des coroners non juristes. Un des 10 coroners non juristes est médecin, ce qui, avant l'arrivée de pathologistes hautement qualifiés et compétents dans la province, était très avantageux pour le système. Les coroners non juristes continuent à dispenser un excellent service dans leur localité.

Déclaration

Dans la province, le seul cas où il n'est pas nécessaire d'aviser le coroner est le décès qui survient à la suite d'une maladie pendant que la personne est sous les soins d'un médecin dûment qualifié (sauf si la mort survient : (i) pendant une grossesse ou à cause de celle-ci; (ii) de façon

soudaine et inattendue: ou (iii) dans des circonstances qui peuvent nécessiter la tenue d'une investigation). Par contre, la Division des coroners doit examiner tous les décès qui lui sont signalés afin de déterminer dans chacun des cas l'identité de la victime et d'établir où, quand, comment et par quel moyen elle est décédée. Par conséquent, les coroners sont un élément essentiel de l'application des lois car ce sont eux qui, les premiers, déterminent si ces décès sont dus à des causes naturelles, à un accident, à un suicide ou à un homicide.

Pouvoirs d'investigation de la Division des coroners

Aux fins d'investigation, la Division des coroners peut faire appel, au besoin, à la Gendarmerie royale du Canada (notamment au laboratoire médico-légal de Sackville) et à un corps de police municipal qui ont chacun leur domaine de compétence. En outre, comme certains des décès signalés comportent des éléments de criminalité, l'investigation relève quelquefois tant de la police que du coroner et exige par conséquent une étroite collaboration entre les deux. Les coroners peuvent aussi faire appel aux services des pathologistes des laboratoires régionaux, situés à Fredericton, Saint-Jean, Moncton, Campbellton, Bathurst, Edmundston et Woodstock, de même qu'aux services légaux du toxicologue provincial, qui se trouve à Saint-Jean.

De plus, deux des pathologistes du laboratoire régional de Saint-Jean ont accepté de fournir aux coroners, à partir du 1er janvier 1982, un service de médecine légale centralisé. Ainsi, lorsqu'un décès est classé comme un cas de «type II», nécessitant l'intervention spéciale d'un médecin légiste, il faut maintenant utiliser le service susmentionné. Dans un cas semblable, le cadavre doit être transporté au laboratoire de Saint-Jean pour l'autopsie. S'il y a lieu, le médecin légiste peut aussi aider le coroner ou la police en se rendant sur les lieux du décès. Depuis longtemps, les deux pathologistes qui agissent à titre de médecins légistes manifestent un intérêt marqué pour la médecine légale et ont fait valoir leur compétence comme témoins experts tant au cours des enquêtes que des procès au criminel.

But de l'investigation

Le but de l'investigation du coroner a évolué au fil des ans. Pendant des nombreuses années, on s'est attaché principalement à rechercher la cause médicale réelle du décès, à l'exclusion de presque tous les autres éléments. Aujourd'hui, l'aspect médical n'est qu'un facteur à considérer parmi bien d'autres. Les causes non médicales d'un décès sont en effet tout aussi importantes et, dans bien des cas, elles obligent à prendre les mesures nécessaires pour améliorer les conditions qui menacent la sécurité publique. Il faut donc quelquefois que le

coroner ordonne la tenue d'une enquête même si la cause du décès est connue.

La décision de mener une enquête

Une des décisions les plus difficiles que doit prendre le coroner est de savoir s'il y a lieu ou non de mener une enquête. À l'origine, l'enquête faisait partie des fonctions du coroner dans tous les cas dont il s'occupait. À la longue, cependant, la common law a évolué au point où la décision de mener une enquête a fini par relever uniquement du coroner.

Dans certaines circonstances, un coroner local, le coroner en chef ou le solliciteur général peuvent ordonner qu'on enquête sur un décès, ce qui a pour effet d'attirer l'attention de la population sur les nombreuses causes de décès par mort violente ou accidentelle. L'enquête est aussi importante du fait qu'elle met l'accent sur des situations où il est possible d'intervenir pour empêcher que des événements semblables ne se reproduisent. À cette fin, les coroners se doivent d'examiner attentivement toutes les circonstances entourant les morts violentes ou accidentelles afin de procéder à une enquête si cela se révèle utile. On s'attend à ce que le jury du coroner fasse des recommandations visant à éviter dans la mesure du possible qu'un décès ne survienne dans des circonstances semblables.

Le coroner en chef doit veiller à communiquer les conclusions et les recommandations du jury aux personnes,

organismes et ministères concernés. Il ne peut forcer quelque particulier ou organisme que ce soit à donner suite aux recommandations. Cependant, certaines d'entre elles sont mises en oeuvre d'une façon ou d'une autre, sans doute par crainte des organismes concernés de se retrouver dans une situation fort embarrassante s'il advenait qu'un deuxième décès survienne dans des circonstances semblables et qu'on ait négligé de prendre les mesures voulues pour corriger la situation à l'origine du premier décès.

Résumé

La Division des coroners mène une investigation dans 35 % à 40 % des quelque 5 000 décès qui surviennent chaque année dans la province. Un pourcentage élevé des décès soumis à une investigation sont dus à des causes naturelles. Le coroner fait faire une autopsie dans environ 40 % des cas et ordonne une enquête dans environ 1 % des décès qui font l'objet d'une investigation. Plus de 90 % des investigations sont actuellement menées par des coroners d'office qui travaillent à temps plein pour la Division des shérifs.

Je tiens à remercier tous les organismes d'application de la loi et les organismes connexes pour la collaboration et l'aide qu'ils ont apportées au cours des investigations des coroners. Ce sentiment de gratitude s'étend aussi à tous les

coroners, qui ont fait preuve, une fois encore, de beaucoup de dévouement et de professionnalisme dans des circonstances souvent pénibles.

C. RÉSUMÉ STATISTIQUE DES INVESTIGATIONS MENÉES À LA SUITE DE DÉCÈS

Depuis le 1er janvier 1987, les décès signalés à la Division des coroners et sur lesquels celle-ci doit faire une investigation sont classés dans cinq catégories distinctes : les accidents, les suicides, les homicides, les morts naturelles et les décès d'origine inconnue.

La catégorie des «accidents» englobe tous les décès accidentels, y compris ceux impliquant des véhicules à moteur sans qu'il existe d'intention évidente de provoquer la mort de quelqu'un. Ainsi, une personne en état d'ébriété qui cause la mort de quelqu'un dans un accident de la route pourra être accusée de négligence criminelle, mais le coroner parlera tout de même d'accident.

La catégorie des «suicides« englobe tous les cas évidents de suicide.

La catégorie des «homicides» englobe tous les cas évidents d'homicide, sauf si un véhicule à moteur est impliqué et qu'il n'existe aucune intention évidente de provoquer la mort de quelqu'un.

La catégorie des <<morts naturelles>> englobe tous les décès survenus à la suite d'une maladie ou attribuables à des causes naturelles.

La catégorie des <<décès d'origine inconnue>> englobe les cas où il est impossible de déterminer s'il s'agit de l'une ou l'autre des quatre catégories décrites ci-dessus. Les coroners se doivent évidemment de tout faire pour n'en arriver à cette conclusion qu'en dernier ressort. Un exemple de cas difficile qui pourrait être classé dans ce groupe serait celui d'une surdose de drogue où il est impossible de décider s'il s'agit d'un accident, d'un suicide ou d'un homicide.

Comme l'indique le tableau <<A>> ci-dessous, le nombre total de décès signalés à la Division des coroners en 1990 et sur lesquels celle-ci a fait une investigation s'élevait à 1 691 pour l'année, dont 1 339 dus à des causes naturelles incluant 9 morts au berceau.

TABLEAU <<A>> 1990

Catégorie de décès	Nombre de décès	Autopsies
Accidents	246	172
Suicides	88	80
Homicides	14	14
Morts naturelles	1 339	437
Décès d'origine inconnue	4	4
TOTAL	1 691	707

Le tableau <<B>> ci-dessous présente des données sur les 246 morts accidentelles survenues durant l'année.

MORTS ACCIDENTELLES - TABLEAU <<B>> 1990

Cause du décès	Nombre de décès	Autopsies
Accidents de véhicule à moteur	121	81
Accidents de motocyclette	5	2
Accidents de véhicule tous terrains	3	3
Accidents de motoneige	1	0
Accidents de bicyclette	3	1
Piétons morts accidentellement	25	13
Accidents d'avion	0	0
Accidents à la ferme	4	3
Accidents du travail	15	14
Incendies	14	9
Accidents d'arme à feu	4	4
Surdoses de drogue	6	6
Pendaisons	0	0
Noyades	20	14
Autres	25	22
TOTAL	246	172

Le tableau <<C>> ci-dessous présente des données sur les 88 suicides survenus durant l'année, selon le sexe, l'âge et la circonscription judiciaire.

S U I C I D E S

TABLEAU <<C>> 1990

CIRCONSCRIPTION JUDICIAIRE	0-19		20-30		31-40		41-50		51-60		61-70		71 ET PLUS		TOTAL HOMMES	TOTAL FEMMES	TOTAL PAR CIRCONS-CRIPTION	POURCENTAGE DE SUICIDES
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F				
BATHURST			4	-	2	1	3	-	2	-	2	-	2	-	15	1	16	18,2
CAMPBELLTON			1	-	1	-	2	-	1	-	1	-	-	-	6	0	6	6,8
EDMUNDSTON	1	-	1	-	1	-	-	-	-	1	1	-	-	-	4	1	5	5,7
FREDERICTON	1	-	5	-	4	2	2	-	1	-	1	-	-	-	14	2	16	18,2
MONCTON	1	-	2	1	5	-	1	-	2	1	1	-	2	1	14	3	17	19,3
NEWCASTLE	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0	2	2,3
SAINT JOHN	3	-	6	1	2	3	-	2	-	-	2	-	1	-	14	6	20	22,7
WOODSTOCK	1	-	-	1	-	-	2	-	-	-	-	-	1	1	4	2	6	6,8

Le tableau D ci-dessous présente des données sur les moyens utilisés, selon l'âge et le sexe de la victime.

S U I C I D E

TABLEAU "D" - 1990

MOYEN	0-19		20-30		31-40		41-50		51-60		61-70		71 ET PLUS		TOTAL HOMMES	TOTAL FEMMES	TOTAL PARTIEL	POURCENTAGE DU TOTAL
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F				
ARME A FEU	3		12	1	10	1	5	1	5	1	6		4		45	4	49	55,7
PENDAISON	2		4	1	2		4		2		2	1			16	2	18	20,5
SURDOSE DE DROGUE			1	2		3									1	5	6	6,8
EMPOISONNEMENT AU MONOXYDE DE CARBONE			1		1		1								3	0	3	3,4
NOYADE			1						1					1	2	1	3	3,4
AUTRES	2		1		3	2				1					6	3	9	10,2
TOTAL	7		20	4	16	6	10	1	8	2	8	1	4	1	73	15	88	
HOMMES	7		20		16		10		8		8		4		73			
FEMMES				4		6		1		2		1		1		15		
NOMBRE PAR GROUPE D'AGE	7		24		22		11		10		9		5					
POURCENTAGE DU TOTAL	8		27,2		25		12,5		11,4		10,2		5,7					

Le tableau <<E>> ci-dessous présente des données comparatives pour une période de dix ans sur les morts accidentelles, violentes et les morts au berceau survenues de 1980 à 1989.

TABLEAU <<E>>

1980 À 1989

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	Moyenne
ACCIDENTS DE VÉHICULE À MOTEUR	180	146	176	108	137	84	95	137	126	128	131,7
ACCIDENTS DE BICYCLETTE	7	6	2	3	8	2	3	7	5	2	4,5
PIÉTONS MORTS ACCIDENTELLEMENT	43	40	26	17	27	28	24	10	19	14	24,8
NOYADES	43	37	33	20	26	30	24	31	28	17	28,9
ACCIDENTS D'AVION	6		1	2	2			5	7	4	2,7
ACCIDENTS À LA FERME	4	4	8	1	3	2	2	2	2	1	2,9
ACCIDENTS D'ARME À FEU	6	5	1	3	7	4	2	2	2	5	3,7
HOMICIDES	10	15	13	10	16	15	14	20	12	16	14,1
ACCIDENTS DU TRAVAIL	11	7	10	7	15	12	12	8	8	4	9,4
SUICIDES	83	67	91	105	86	83	103	76	111	85	89
INCENDIES	31	17	16	15	25	27	25	26	18	23	22,3
MORTS AU BERCEAU	21	17	9	20	20	13	5	8	14	7	13,4
ACCIDENTS DE MOTONEIGE	5	2	2	3	2	2	2	2	3	2	2,5
AUTRES	79	57	56	33	69	18	26	14	16	20	36,8
TOTAL	529	420	444	347	423	320	337	348	371	328	386,7

RÉSUMÉ DES ENQUÊTES DU CORONER ET DE LEURS RECOMMANDATIONS

ENQUÊTE N° 1

À Saint-Jean, le 6 février, se tenait une enquête sur le décès d'un homme de vingt-six ans, mort de froid après avoir tenté d'échapper à la G.R.C., à Milkish Creek, en décembre 1989.

Le jury a conclu que l'hypothermie était la cause du décès. Le véhicule de la victime fut trouvé dans un fossé peu de temps après que son conducteur eut omis de s'arrêter à la demande des policiers. La victime s'est alors enfuie dans le bois mais, étant très mal vêtue, elle a succombé au froid.

Le jury a déclaré que les recherches avaient été indûment retardées à cause du manque de collaboration des gens interrogés sur place.

Le jury n'a fait aucune recommandation.

ENQUÊTE N° 2

À Saint-Jean, le 5 mars, se tenait une enquête sur le décès d'une femme de quarante-six ans, morte après avoir inhalé de la fumée provenant d'une cheminée de fournaise bloquée dans sa résidence, à Saint-Jean, en décembre 1989.

Le jury a conclu que le décès était accidentel et dû à une intoxication oxycarbonée.

Le jury a transmis les recommandations suivantes à l'honorable Michael McKee, ministre du Travail, et au Prévôt des incendies du N.-B. :

1. «La loi provinciale devrait obliger tous les installateurs de fournaise à suivre et réussir un cours avant d'installer tout genre de fournaise résidentielle ou commerciale. De plus, on devrait émettre un permis pour les installateurs.

2. On devrait aussi installer un chemisage de cheminée en métal avec les fournaises à haut rendement.

3. Une ventilation adéquate devrait être obligatoire.»

Voici la réponse faite par le sous-ministre adjoint du Travail :

«J'ai pris bonne note des recommandations du jury de l'enquête du coroner lesquelles ont été distribuées au personnel cadre chargé des inspections à titre d'information. En ce qui a trait aux recommandations, j'aimerais souligner que le Code national du bâtiment au Canada fait référence au code B139-1976 de l'Association canadienne de normalisation sur l'installation des appareils avec brûleur à mazout. De plus, le Code national du bâtiment est aussi cité dans la Loi sur l'urbanisme du N.-B. (ministère des Affaires municipales).»

ENQUÊTE N° 3

À St. Stephen, le 6 mars, se tenait une enquête sur le décès d'un homme de vingt-six ans, mort à la suite de son arrestation, à St. Stephen, en décembre 1989.

Le jury a conclu que la mort avait été causée par un coup de feu à la tête et était accidentelle. Au moment de son arrestation à domicile, la victime s'est précipitée dans la penderie de la chambre à coucher et en est ressortie avec un fusil à la main. Au cours de la mêlée avec les policiers, le fusil est parti, tuant l'homme sur le coup.

Le jury n'a fait aucune recommandation.

ENQUÊTE N° 4

À Cormier Village, le 14 mai, se tenait une enquête sur le décès de treize personnes, mortes à la suite d'une collision entre un camion transportant du bois et une charrette à foin, à Cormier Village, le 8 octobre 1989.

Le jury a conclu que les décès étaient accidentels et dus à des lésions multiples.

Le jury a transmis les recommandations suivantes à l'honorable Raymond Frenette, ministre de la Santé et des Services communautaires, à l'honorable Hubert Seamans, ministre des Affaires municipales, à l'honorable Sheldon Lee, ministre des Transports, au directeur exécutif des Services de police du ministère du Solliciteur général, à l'Organisation des mesures d'urgence, au Conseil de sécurité du N.-B. inc., à l'Atlantic Canada Owner Operator Association, à l'Atlantic Provinces Trucking Association et à la Canadian Pacific Trucking :

1. «Il est recommandé que les personnes qui demandent un permis de conduire un camion semi-remorque ou de transporter de lourdes charges soient obligées de suivre un cours reconnu de conduite automobile d'une durée minimale de six semaines.

   a. Ce cours devrait absolument familiariser les conducteurs avec la propension de ce genre de véhicules à renverser, en comparaison avec les autres genres de véhicules, et leur enseigner les techniques de conduite appropriées pour compenser l'instabilité potentielle desdits véhicules.

   b. Le cours de conduite devrait aussi porter sur les techniques particulières de chargement des camions, semi-remorques et autres poids lourds afin d'accroître leur stabilité. Le programme de formation devrait aussi porter sur la façon de bien arrimer les chargements et sur les règlements pertinents à cet égard.

c. La Province du Nouveau-Brunswick devrait aussi envisager de réviser le manuel du conducteur et l'examen de conduite de façon à prévoir une partie sur les méthodes appropriées de chargement des semi-remorques, y compris des précisions sur les appareils d'arrimage des chargements et des directives spécifiques sur la conduite des semi-remorques et autres poids lourds.

d. Ces règlements devraient être promulgués afin d'éviter que des véhicules soient chargés de la façon observée dans le cas présent.

2. Il est de plus recommandé que des règlements soient promulgués afin d'interdire le transport de personnes dans une remorque tirée par un tracteur de ferme sur la voie publique et les routes principales, tout en tenant compte des exigences du travail agricole et des personnes travaillant dans ce milieu.

3. Il est recommandé de prévoir des amendes suffisamment élevées pour dissuader les conducteurs qui voudraient enfreindre le code de la route et les règles de la sécurité.

4. Tous les conducteurs impliqués dans un accident majeur de la route devraient être obligés de subir un nouvel examen de conduite donné par une école de conduite automobile reconnue.

5. Il est recommandé que les camions tracteurs et les semi-remorques soient inspectés plus souvent qu'il n'est actuellement nécessaire et ce, par des mécaniciens diplômés.

6. Il est recommandé que les industries du transport et des assurances poursuivent et augmentent leurs efforts de promotion de cours de sécurité pour tous les conducteurs de camion.»

Le jury a aussi fait siennes les recommandations suivantes tirées du rapport rédigé par J. Robert LeBlanc de l'Organisation des mesures d'urgence et intitulé Post Incident Report on The Cormier Village Incident - October 8, 1989 :

1. «Que les municipalités du Grand Moncton étudient les avantages du réseau intégré de radiocommunications et son rôle dans les situations d'urgence.

2. Que les superviseurs dans les services et organismes s'assurent qu'un programme de formation en radiocommunications est offert à leur personnel.

3. Que les superviseurs dans les services et organismes s'assurent qu'un programme de formation en techniques de téléphone, comme l'art de recevoir les appels, le genre de renseignements qu'il faut recueillir et la façon de les communiquer aux autres organismes d'intervention, est offert à leur personnel.

4. Que les superviseurs dans les services et organismes s'assurent qu'à la suite d'une catastrophe, leur personnel pourra bénéficier d'un programme de contrôle du stress causé par la catastrophe.

5. Que les superviseurs dans les services et organismes responsables des incendies et des ambulances voient à ce qu'il y ait un stock suffisant de civières, de planches dorsales et de colliers cervicaux lorsqu'ils répondent à une urgence.

6. Que Santé et Services communautaires étudie la possibilité d'équiper toutes les ambulances de la province d'étiquettes METTAGS afin d'établir un ordre de priorité dans le transport des blessés à l'hôpital.

7. Que les superviseurs dans les services et organismes étudient les avantages qu'il y aurait à identifier leur matériel en vue d'en faciliter l'identification et d'en prévenir la perte.

8. Que les services et organismes qui possèdent une unité de rassemblement des victimes étudient la possibilité de se procurer une remorque ou de trouver une autre façon d'en transporter le contenu sur les lieux d'une catastrophe.

9. Que la police sur les lieux d'une catastrophe s'assure qu'il y a suffisamment de policiers ou de bénévoles pour contrôler la foule et la circulation afin de permettre aux véhicules d'urgence d'y accéder et d'en ressortir facilement.

10. Que le gestionnaire du lieu d'une catastrophe soit clairement identifié par un gilet blanc portant l'inscription «GLC» à l'avant et à l'arrière.

11. Que le poste de commandement soit clairement identifié par une bannière ou une affiche portant l'inscription «POSTE DE COMMANDEMENT» en grosses lettres.

12. Que les planificateurs de mesures d'urgence du Grand Moncton étudient la possibilité d'élaborer un plan régional, ce qui permettrait d'élargir la base des ressources disponibles en cas de catastrophe et d'augmenter la capacité d'intervention.»

Voici la réponse du ministre de la Santé et des Services communautaires aux six premières recommandations :

1. Les recommandations nos 1, 2 et 3 du rapport de l'O.M.U. portent sur les radiocommunications.

   Depuis 1989, toutes les ambulances au Nouveau-Brunswick font partie du réseau intégré de radiocommunications. Un cours de formation en radiocommunications est offert gratuitement à tous les ambulanciers et au personnel des établissements de santé disposant d'une base radio. Le cours est dispensé dans le cadre du programme de formation des ambulanciers offert par le ministère. La Direction des communications du ministère des Transports est en train de revoir le contenu du cours. L'inscription au cours est volontaire et l'horaire est flexible afin d'accommoder les étudiants.

2. La recommandation n° 4 porte sur le contrôle du stress causé par une catastrophe.

   Au cours de la semaine précédant l'accident, le ministère a parrainé un atelier à l'intention de ses employés et des ambulanciers sur le contrôle du stress causé par une catastrophe. Grâce à ces ateliers, le personnel du ministère a pu répondre adéquatement aux demandes d'aide des ambulanciers et du personnel hospitalier.

   Chaque clinique de santé mentale au Nouveau-Brunswick a identifié deux professionnels qui ont reçu la formation de base et peuvent offrir ce genre d'aide. La Commission de la santé mentale travaille à l'élaboration et à la coordination d'un programme provincial de contrôle du stress causé par les catastrophes, programme qui sera basé sur une approche plus proactive que réactive au problème.

3. Les recommandations nos 5 et 6 portent sur la disponibilité des fournitures d'urgence.
   Un comité spécial formé d'ambulanciers, d'un urgentologue, d'une infirmière travaillant en salle

d'urgence, d'un administrateur d'hôpital et d'un inspecteur d'ambulances se réunira pour la première fois en octobre 1990. Une des tâches principales assignées au comité sera l'élaboration de normes minimales en matière de matériel et de fournitures pour les ambulances au Nouveau-Brunswick. Les recommandations de l'enquête du coroner seront distribuées à tous les membres du comité. Selon les normes en vigueur, chaque ambulance doit avoir au moins deux civières, une planche dorsale longue et une courte. Les étiquettes de triage ne font pas partie des fournitures obligatoires. Une copie des lignes directrices existantes est jointe à la présente à titre d'information.

Par ailleurs, il incombe au gouvernement fédéral d'établir une réserve nationale de fournitures médicales. Le but principal du Programme de réserves d'urgence est d'établir d'importants dépôts de fournitures médicales essentielles dans des endroits stratégiques à travers le Canada en cas de catastrophe.

Des fonctionnaires du ministère se joindront à des représentants de la Direction des services d'urgence de Santé et Bien-être social Canada pour participer à une réunion fédérale-provinciale des directeurs des services sociaux et services de santé d'urgence qui aura lieu du 10 au 12 octobre 1990. Un des sujets à l'ordre du jour portera sur les leçons à tirer de l'incident de Cormier Village. Une copie des recommandations du jury de l'enquête du coroner sera remise aux participants. À cette occasion, on proposera aussi d'ajouter un stock de civières, de planches dorsales, de collets cervicaux et d'étiquettes de triage au matériel des unités de rassemblement des victimes fourni par Santé et Bien-être social Canada dans le cadre du Programme de réserves d'urgence.

Voici la réponse de M. Robert LeBlanc de l'O.M.U. aux recommandations n^{os} 1, 4 et 12 faites par son organisme :

1. «Que les municipalités du Grand Moncton étudient les avantages du réseau intégré de radiocommunications et son rôle dans les situations d'urgence.»

   (a) L'O.M.U., dans le cadre du Programme de protection civile et de concert avec le Bureau du Prévôt des incendies, le ministère de la Santé et des Services communautaires et les Services de police du ministère du Solliciteur général, continuera à promouvoir les avantages du réseau intégré de radiocommunications en cas d'urgence auprès des municipalités du Grand Moncton, dont dix

appartiennent déjà au réseau. Notre objectif est d'intégrer tous les organismes d'intervention de la région au réseau.

4. «Que les superviseurs dans les services et organismes s'assurent qu'à la suite d'une catastrophe, leur personnel pourra bénéficier d'un programme de contrôle du stress causé par la catastrophe.»

(a) L'O.M.U., dans le cadre du Programme de protection civile et de concert avec le ministère de la Santé et des Services communautaires, continuera à promouvoir les avantages du programme de contrôle du stress causé par une catastrophe auprès des organismes d'intervention du Grand Moncton ainsi qu'à organiser des séminaires si le besoin s'en fait sentir.

12. «Que les planificateurs de mesures d'urgence du Grand Moncton étudient la possibilité d'élaborer un plan régional, ce qui permettrait d'élargir la base des ressources disponibles en cas de catastrophe et d'augmenter la capacité d'intervention.»

(a) L'O.M.U. a conçu une stratégie de protection civile pour les années 1990 qui met l'accent sur la planification d'urgence axée sur les ressources. Cette stratégie, de concert avec la création récente des équipes et des régions HAZMAT (matières dangereuses), sera à la base d'une planification et d'une intervention régionales axée sur les ressources. Les villes de Moncton, Riverview et Dieppe ont un comité qui se réunit régulièrement pour discuter de planification d'urgence. Cet effort ne touche pas les régions environnantes. Notre objectif est donc de créer un plan régional afin de mieux desservir le Grand Moncton et les collectivités environnantes.

Pour ce qui est des autres recommandations, l'O.M.U. continuera d'aider les ministères et les organismes à les mettre en oeuvre ainsi qu'à en surveiller les résultats grâce à des exercices avec les municipalités, les organismes d'intervention et les institutions.

ENQUÊTE N° 5

À Saint-Jean, le 9 mai, se tenait une enquête sur la mort d'un homme de trente-deux ans, décédé à la suite d'un accident de chasse, en novembre 1989, dans la région de West Long Lake, comté de Charlotte.

Le jury a conclu que la mort était accidentelle et due à une hémorragie massive causée par un coup de fusil. De brun vêtue, la victime a été prise pour un chevreuil.

Le jury a transmis les recommandations suivantes à l'honorable Morris Green, ministre des Ressources naturelles et de l'Énergie:

1. «Que le gilet de sécurité orange soit remplacé par un manteau ou un vêtement de chasse de même couleur couvrant tout le haut du corps.

2. Que des cours de sécurité soient donnés aux chasseurs et qu'il soit obligatoire d'avoir réussi de tels cours pour obtenir un permis de chasse.

3. Que le ministère des Ressources naturelles et de l'Énergie réexamine la politique existante relativement aux heures d'ouverture de la chasse.»

Le ministre des Ressources naturelles et de l'Énergie a répondu que son ministère étudiait la possibilité d'obliger les chasseurs à porter un vêtement de chasse en matériel orange ainsi qu'un chapeau de même couleur pendant la période de pointe de la saison de chasse, soit du 1er septembre au 30 novembre. Cette mesure augmenterait la visibilité et la sécurité des chasseurs.

En réponse à la deuxième recommandation, le ministère travaille à mettre sur pied des cours obligatoires de formation pour tous les chasseurs débutants. Depuis les débuts du programme

actuel, plus de 55 000 Néo-Brunswickois ont suivi un cours de formation de chasseur et le ministère travaille à rendre cette formation obligatoire d'ici quelques années.

En ce qui concerne la troisième recommandation, le ministère a déjà réduit les heures d'ouverture de la chasse d'une demi-heure il y a dix ans. Cette mesure visait à permettre aux chasseurs de sortir leur arme à feu des zones de chasse sans enfreindre la loi. Le lever et le coucher du soleil sont les périodes les plus propices à la chasse au gibier et, par conséquent, très importantes pour les chasseurs. Néanmoins, le ministère réexaminera la question à la lumière de la présente recommandation.

ENQUÊTE N° 6

À Hampton, le 14 juin, se tenait une enquête sur la mort d'un homme de vingt-quatre ans, décédé à la suite d'une fusillade, à Rothesay, en mars 1990.

Le jury a conclu que la victime s'était suicidée en se tirant un coup de fusil sur le côté gauche du visage.

Le coroner a transmis la recommandation suivante à l'honorable Conrad Landry, Solliciteur général, à Hugh Robicheau, directeur exécutif des Services de police, à l'Association des chefs de police du N.-B. et à tous les chefs de police de la province :

1. «Je crois que l'enquête du Service régional de police de Rothesay sur les événements entourant la mort de Wayne Douglas Power a été menée de façon satisfaisante. Cependant, afin d'assurer une enquête policière objective et approfondie et de renforcer la confiance du public dans la police, je recommande que les enquêtes

sur tous les incidents entrainant des blessures graves ou la mort et impliquant des policiers soient effectuées par un service de police indépendant.» Plusieurs chefs de police ont répondu qu'ils appuyaient cette recommandation.

ENQUÊTE N° 7

À Moncton, le 12 juin, se tenait une enquête sur la mort d'un homme de vingt-six ans, décédé à la suite d'un accident de travail, à Moncton, en mars 1990.

Le jury a conclu que la mort était accidentelle et due à des lésions multiples à la tête et au haut du corps. Manoeuvre dans un parc de récupération où on procédait au remplissage d'un wagon avec de la ferraille, la victime est tombée du wagon en marche et a été écrasée par les roues.

Le jury a transmis les recommandations suivantes au président de la Commission de la santé et de la sécurité au travail, à l'honorable Doug Lewis, ministre des Transports, au président directeur général des chemins de fer du CN, au vice-président des chemins de fer du CN, région de l'Atlantique, au président directeur général des chemins de fer du CP, à l'Office national des transports du Canada, à la société Maritime Recycling Ltd. et au directeur général du Conseil de sécurité du N.-B. inc. :

1. «Que les wagons ne soient déplacés que par des cheminots ou des personnes ayant le matériel et les connaissances appropriés ainsi que la permission des autorités provinciales de sécurité.

2. Que toutes les personnes qui ne sont pas des cheminots et qui ont à travailler avec du matériel ferroviaire, reçoivent une formation sur les mesures de sécurité, les règlements des chemins de fer et/ou les recommandations s'appliquant audit matériel.

3. Que seuls les cheminots déplacent des wagons jusqu'à l'application des recommandations susmentionnées.»

La Commission de la santé et de la sécurité au travail a fait remarquer que les cheminots sont actuellement les seules personnes déplaçant des wagons de chemin de fer dans les parcs de récupération, opération effectuée à l'aide de locomotives diesel ordinaires.

Bien que d'accord avec les présentes recommandations, les sociétés CN et CP ainsi que Transports Canada ne sont pas en mesure de les appliquer, car cela relève de la Commission de la santé et de la sécurité au travail.

ENQUÊTE N° 8

À Fredericton, le 10 juillet, se tenait une enquête sur la mort d'un homme de quarante-deux ans, décédé à la suite d'un accident de travail dans un atelier de carrosserie, à Fredericton, en janvier 1990.

Le jury a conclu que la mort était accidentelle et due à l'insuffisance de plusieurs organes causée par des brûlures au troisième degré sur 95 pour cent du corps. La victime a été enveloppée par les flammes après avoir causé une explosion en versant du diluant à peinture dans un incinérateur.

Le jury a transmis les recommandations suivantes au président de la Commission de la santé et de la sécurité au travail, au Prévôt des incendies du N.-B., au ministre de l'Agriculture, au ministre de l'Environnement, au Conseil de sécurité du N.-B. inc. et à l'Organisation des mesures d'urgence:

1. «Que tous les ateliers de carrosserie automobile de la province soient immédiatement inspectés pour s'assurer que les substances et déchets dangereux sont éliminés conformément aux lois et règlements fédéraux et provinciaux.»

Le coroner en chef a fait deux autres recommandations en plus de celle du jury :

2. «Que l'on élabore une stratégie globale en vue d'éliminer les produits chimiques indésirables et les déchets chimiques, laquelle respecterait les règles de sécurité et l'environnement et serait appliquée de pair avec une campagne informant le public sur la façon de se débarrasser de ces matières.

3. Que la campagne permanente menée dans le cadre du Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT) soit intensifiée, particulièrement en ce qui concerne la formation et l'orientation des employés sur les lieux de travail relativement à l'étiquetage, à l'identification, à la manipulation, à l'entreposage et à l'élimination des matières dangereuses.»

L'honorable Vaughn Blaney a répondu que le gouvernement reconnaissait l'importance d'élaborer une stratégie valable en matière de traitement sécuritaire de toutes les matières dangereuses. Il a mentionné qu'il avait créé un comité interministériel sur les matières dangereuses dont le mandat est d'élaborer le cadre d'une politique globale et intégrée de gestion des matières dangereuses. Le comité a fait plus de vingt recommandations et certaines d'entre elles ont déjà été appliquées. Une d'elles proposait une formation obligatoire et des exigences scolaires pour les personnes manipulant des matières dangereuses.

La Commission de la santé et de la sécurité au travail a mis en place un programme spécial d'inspection pour les ateliers de carrosserie de la province. On portera une attention toute

particulière à la manipulation et à l'entreposage des matières dangereuses.

Le ministère de l'Agriculture a répondu qu'il appuyait fortement les recommandations. Il est d'avis que l'application stricte du SIMDUT et la mise en place d'un programme permanent de formation et d'orientation des employés en milieu de travail sont des conditions indispensables à la sécurité des employés et à un environnement sain.

Le ministère fait une promotion active de ces modalités au sein de son personnel.

ENQUÊTE N° 9

À Saint-Jean, les 13, 14 et 15 novembre, se tenait une enquête sur la mort d'une Autochtone de vingt-trois ans, décédée par asphyxie, à Saint-Jean, en février 1990.

Le jury a conclu au suicide par pendaison. La victime était une Autochtone qui avait grandie sur une réserve du Nouveau-Brunswick avant de déménager à Saint-Jean. Selon certaines indications, elle pourrait avoir souffert d'une embryo-foetopathie alcoolique. Elle a vécu dans un milieu familial très violent, est tombée enceinte à quinze ans et a connu des problèmes d'alcool et de drogue. Elle est morte un jour après avoir demandé des soins psychiatriques; on avait alors jugé que le risque qu'elle se suicide n'était pas élevé.

Le jury a transmis les recommandations suivantes à l'honorable Tom Siddon, ministre des Affaires indiennes et du Nord canadien, à l'honorable Perrin Beatty, ministre de la Santé

et du Bien-être social, au directeur régional de Santé et Bien-être social Canada, à l'honorable Raymond Frenette, ministre de la Santé et des Services communautaires, à la Commission de la santé mentale, à l'Union des Indiens du Nouveau-Brunswick et au New Brunswick Aboriginal Peoples Council Inc. :

1. Qu'il y ait des professionnels de la santé mentale, préférablement autochtones, dans les réserves.

2. Que dans les grands centres urbains où existent des centres d'intervention d'urgence, il y ait des conseillers autochtones et qu'on porte une attention particulière aux bénévoles autochtones.

3. Que l'on étudie le plus tôt possible la création d'un centre d'intervention d'urgence à Saint-Jean.

4. Que l'on effectue une autopsie psychologique dans tous les cas de suicide.

5. Que l'on marque au crayon surligneur le dossier de toutes les personnes à tendances suicidaires afin d'en faciliter l'identification.

6. Que l'on réimprime la publication Suicide au Canada et qu'on la distribue au public ainsi qu'à toute personne qui pose des diagnostics ou dispense des soins en matière de santé mentale.

7. Que l'on révise les systèmes de communication interne et externe des organismes de santé mentale en vue de centraliser l'information. A cet égard, on devrait envisager sérieusement de recourir à la technologie offerte par l'informatique et les télécommunications.

8. Que l'on mette sur pied un groupe de travail qui étudierait les éléments de preuve, les témoignages et les pièces à conviction présentés à l'enquête et ferait les recommandations qui s'imposent.

Le jury a aussi déclaré ce qui suit :

> «Nous croyons que cette enquête était une entreprise très valable. Il est regrettable que la grande majorité de la population n'ait pu vivre cette expérience.
>
> Nous remercions les personnes qui ont participé à cette louable entreprise qui, à notre avis, était importante.

> Nous désirons aussi remercier les bénévoles et les professionnels de la santé mentale qui ont témoigné pour leur compétence et leur dévouement.»

L'honorable Raymond Frenette a répondu que ces recommandations étaient très encourageantes et a demandé que la Commission de la santé mentale y donne suite immédiatement.

Le président de la Commission de la santé mentale, M. Eugene Niles, a déclaré que les recommandations étaient opportunes et qu'elles étaient toutes souhaitables et réalisables. La Commission de la santé mentale avait déjà identifié certains de ces problèmes et s'y était attaquée. Il a proposé de créer immédiatement le groupe de travail mentionné à la recommandation n° 8 et de lui donner comme mandat d'étudier les autres recommandations ainsi que tout autre problème qui pourrait être identifié.

Voici la réponse de Santé et Bien-être social Canada à chacune des recommandations :

Concernant la recommandation n° 1 :

> Actuellement, parmi les travailleurs de la santé, aucun n'est spécifiquement affecté à la santé mentale. Plusieurs groupes de gens travaillant actuellement dans les communautés pourraient fournir ce service avec un peu de coordination et de formation. Parmi ces groupes, on trouve les représentants en santé communautaire, les personnes affectées au Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA), les travailleurs sociaux, les travailleurs du Programme de soins aux adultes et les auxiliaires familiales. Toutes ces personnes sont des Autochtones.

Concernant la recommandation n° 2 :

> La Direction générale des services médicaux n'est pas mandatée pour offrir des services à l'extérieur des réserves. Ceci relève du gouvernement provincial.

Concernant la recommandation n° 3 :

Comme on l'a dit, la Direction générale des services médicaux n'est pas mandatée pour offrir des services en dehors des réserves.

Concernant la recommandation n° 4 :

En général, les professionnels de la santé mentale ne recommandent pas la tenue d'une autopsie psychologique pour tous les suicides à cause de la détresse et de la douleur que cela peut occasionner chez les survivants lorsque cet exercice n'est pas mené avec soin et sensibilité.

Concernant la recommandation n° 5 :

L'identification rapide des dossiers de patients suicidaires se heurte au problème de la confidentialité, une question que les groupes de défense des patients ont fortement à coeur.

Concernant la recommandation n° 6 :

Cette publication de la Direction générale des services et de la promotion de la santé est actuellement en voie de révision. On prévoit la réimprimer.

Concernant la recommandation n° 7 :

Dans les réserves, les infirmiers et infirmières de la santé publique consultent les autres travailleurs de la santé comme les conseillers des programmes de lutte aux abus d'alcool et de drogues ainsi que les travailleurs sociaux. Les infirmiers et infirmières communiquent avec les médecins, les hôpitaux et les cliniques de santé mentale lorsqu'ils identifient un patient avec des tendances suicidaires. A l'extérieur des réserves, cette responsabilité incombe au gouvernement provincial.

Comme ces renseignements sont de nature extrêmement confidentielle, certains organismes hésitent à les communiquer à des paraprofessionnels.

Concernant la recommandation n° 8 :

Il semble que l'application de cette recommandation ne serait qu'une répétition de la présente enquête et n'apporterait que peu de nouveaux renseignements ou recommandations.

Voici la réponse du ministre des Affaires indiennes et du

Nord canadien :

> «Mon ministère et moi-même sommes vivement préoccupés par la répétition de situations semblables à celle que vous décrivez dans votre lettre. Nous sommes fermement engagés à améliorer la condition sociale des Indiens vivant dans les réserves. Nous travaillons autant que possible en consultation avec les Indiens ainsi que les autres ministères fédéraux, provinciaux et territoriaux en vue de développer et d'accroître des services sociaux qui soient adaptés aux diverses cultures et qui répondent aux besoins existants.
>
> Vos recommandations aideront grandement les personnes chargées d'améliorer les conditions de vie des Autochtones au Canada.»

ENQUÊTE N° 10

À Edmundston, le 23 octobre, se tenait une enquête sur la mort d'un homme de vingt-cinq ans, décédé à la suite d'un accident de travail, près de Grand-Sault, en juin 1990.

La victime faisait partie d'une équipe qui travaillait à enlever une enseigne lumineuse. Elle a été électrocutée lorsqu'une pièce de son équipement a touché un fil à haute tension. Le jury a conclu que la mort était accidentelle et causée par l'électrocution.

Le jury a transmis les recommandations suivantes à l'honorable Rayburn Doucett, président d'Énergie N.-B., l'honorable Mike McKee, ministre du Travail, à la Commission de la santé et de la sécurité au travail ainsi qu'au Conseil de sécurité du N.-B. :

1. Que la Commission d'énergie électrique du N.-B. soit avisée de tout travail d'installation ou autre effectué près de fils à haute tension et qu'un de ses employés soit présent sur les lieux.

2. Que l'on utilise des guides isolés et non métalliques pour stabiliser les enseignes lumineuses lorsqu'on les

installe ou démonte ou qu'on y effectue tout autre travail.

3. Qu'il incombe aux employeurs de s'assurer que leurs employés connaissent les règlements de la Commission de la santé et de la sécurité au travail concernant les premiers soins et la réanimation cardiorespiratoire et que tous les membres d'une équipe de travail savent comment exécuter ladite technique de réanimation.

4. Que tous les superviseurs d'une équipe de travailleurs possèdent une formation de base en électricité.

La Commission de la santé et de la sécurité au travail a répondu à chacune des recommandations.

1. Le paragraphe 30(24) du Règlement 77-1 en application de la Loi sur l'hygiène et la sécurité au travail stipule que l'on doit communiquer avec le service public d'électricité lorsqu'on prévoit effectuer des travaux près de conducteurs électriques. Bien qu'Énergie N.-B. offre aide et conseils sur demande, la société ne peut être présente sur chaque chantier.

2. L'utilisation de guides non métalliques n'est pas une exigence expressément prévue par le règlement. La recommandation fera cependant l'objet d'une mise en garde d'ici peu.

3. L'exigence d'une formation en réanimation cardiorespiratoire fera partie du prochain règlement concernant les travailleurs en électricité. Cette exigence s'ajoute à celle qui existe déjà en matière de premiers soins.

4. Bien que la Loi sur l'hygiène et la sécurité au travail prévoit explicitement que les superviseurs doivent avoir la formation requise pour protéger la santé et la sécurité des travailleurs, il n'existe actuellement aucun mécanisme permettant de certifier leur compétence à cet égard. Cependant, la Commission de la santé et de la sécurité au travail encourage une telle formation.

Par ailleurs, la Commission mentionne que :

> «Les trois cas d'électrocutions reliées au travail cette année ont de nouveau renforcé le besoin de formation, d'information et de règlementation en vue de promouvoir la sécurité en électricité. Plusieurs initiatives ont été mises de l'avant en collaboration avec le ministère du Travail et Énergie N.-B. dans le cadre de nos efforts permanents en vue d'accroître la sensibilisation des travailleurs aux risques électriques. En ce sens, cette enquête a été utile.»

ENQUÊTE N° 11

À Newcastle, le 25 septembre, se tenait une enquête sur la mort d'une piétonne de soixante-trois ans, décédée après avoir été frappée par un véhicule automobile, à Chatham, en avril 1990.

Le jury a conclu que la mort était accidentelle et due à des lésions internes multiples, à une fracture de la colonne cervicale ainsi qu'à une fracture du cou.

Le jury a transmis les recommandations suivantes à l'honorable Sheldon Lee, ministre des Transports et à M. Hugh Robicheau, directeur exécutif des Services de police:

1. La politique existante concernant le rétablissement des permis de conduire devrait être changée en ce qui a trait aux points mentionnés ci-après.

2. On devrait examiner le dossier d'un conducteur qui accumule plusieurs accidents dans une période donnée afin de déterminer si on doit lui retirer son permis.

3. On devrait autoriser les agents de police à suspendre sur-le-champ le permis d'un conducteur lorsqu'ils ont des motifs raisonnables de croire qu'il existe un problème médical justifiant une telle mesure.

4. La formule que les médecins remplissent afin de certifier qu'un conducteur est médicalement apte à prendre le volant devrait comprendre plus de questions. De plus, la formule devrait être transmise au Bureau des véhicules à moteur par les médecins et non par les conducteurs qui demandent le rétablissement de leurs privilèges de conduite.

Voici la réponse du ministre des Transports à chacune des recommandations :

1. «Je crois que les méthodes actuellement en vigueur pour évaluer la condition physique de certains conducteurs en vue de suspendre ou de rétablir leur permis sont appropriées. Nous nous fions strictement aux remarques des médecins, mais nous nous réservons le droit d'exiger que certains cas soient réexaminés par des conseillers médicaux.

2. La norme actuelle pour qu'un dossier de conducteur soit réexaminé est de trois accidents au cours d'une même année. Il n'est pas sûr que nous puissions traiter plus de cas avec le personnel en place. Le Bureau des véhicules à moteur est sur le point d'introduire un nouveau système de gestion informatisée des dossiers. Le Bureau pourra ensuite revoir cette norme et voir ce qui peut être fait à cet égard.

3. Un débat se déroule actuellement à savoir si les policiers devraient suspendre les permis sans preuve réelle de problème de santé et sans être expert dans ce domaine. A cet égard, les conducteurs de véhicules commerciaux sont couverts par l'article 265.5 de la Loi sur les véhicules à moteur, lequel n'est pas encore promulgué. Si on parvient à démêler la question, on pourrait étendre cette mesure à tous les conducteurs.

4. Le Bureau des véhicules à moteur va étudier le besoin d'ajouter des questions plus précises à la formule médicale. Même si l'envoi de la formule par les conducteurs n'a pas posé de problème jusqu'ici, on va étudier la possibilité que ce soient les médecins qui le fassent.»

ENQUÊTE N° 12

À Newcastle, le 8 novembre, se tenait une enquête sur la mort d'un homme de trente-neuf ans, décédé dans une cellule du Service de police de Newcastle après avoir été arrêté pour le cambriolage d'une pharmacie de Newcastle, en février 1990.

Le jury a conclu que la mort était de nature accidentelle et due à une surdose de plusieurs drogues. Le jury a transmis les

recommandations suivantes au Service de police de Newcastle, au maire de Newcastle, au directeur des Services de police et à la G.R.C. :

1. Que l'on modifie l'aménagement de la cellule du Service de police de Newcastle dans laquelle la victime a été incarcérée de façon à pouvoir surveiller les prisonniers plus facilement et s'assurer qu'il ne leur arrive rien de fâcheux pendant leur incarcération.

2. Que l'on installe une caméra vidéo dans la cellule de la victime afin de permettre au gardien ou au policier de voir un prisonnier qui se cacherait contre la porte, un angle qui ne peut être couvert par le judas de la porte de la cellule.

3. Lorsqu'un agent de police soupçonne qu'un prisonnier est victime d'une surdose, il devrait consulter un médecin et escorter le prisonnier à un établissement médical pour qu'il y soit soigné.

4. Que le superviseur vérifie l'état des personnes incarcérées au début et à la fin de son quart afin de s'assurer qu'elles sont en santé et bien traitées.

5. Que les gardiens surveillent constamment les prisonniers et inscrivent une mention à cet effet dans le registre de garde à toutes les quinze minutes et ce, à partir du moment où ils les prennent en charge.

6. Que des masques protecteurs facilitant la respiration articifielle soient toujours à la disposition de tous les membres chargés de garder des prisonniers.

7. Que les gardiens soient toujours informés de l'état physique et mental des prisonniers.

Entre parenthèses, les six premières recommandations ont été faites par un enquêteur de la G.R.C. et reprises par le jury .

Voici la réponse du directeur exécutif des Services de police à chacune des recommandations :

1. On a enlevé la porte de la cellule en question et cette dernière n'est plus utilisée. Le chef de police affirme que la moitié supérieure de la nouvelle porte sera garnie de barreaux afin de permettre de voir les prisonniers à l'intérieur. Le chef de police envisage aussi la possibilité de démolir une partie du mur de la cellule et de le remplacer par des barreaux. Cette

mesure est sujette à l'approbation du conseil et de l'architecte. Si ces changements sont apportés, cela devrait régler les problèmes de surveillance et de vérification des prisonniers incarcérés dans cette cellule.

2. Cette cellule a toujours été équipée d'une caméra vidéo. Cependant, au moment de l'incident, le moniteur de télévision se trouvait dans la salle des opérations et n'était pas relié à la caméra vidéo. La caméra est maintenant reliée au moniteur, lequel est placé dans la salle des gardiens.

3. Le Règlement du Service de police de Newcastle, adopté par le conseil le 17 mars 1983, comprend une directive traitant de cette question. Une copie de la directive a été affichée dans la salle des gardiens et signée par ces derniers.

4. Cette recommandation a fait l'objet d'une directive à l'intention de tous les superviseurs. La directive a été publiée le 14 novembre 1990 et exige que les superviseurs inspectent le bloc cellulaire et les gardiens au début de leur quart et à toutes les deux heures par la suite et qu'une mention à cet effet soit inscrite sur la feuille de présence des gardiens.

5. La directive du service de police sur le traitement des prisonniers a été publiée le 16 septembre 1985 et exige des gardiens qu'ils vérifient en personne les prisonniers à toutes les quinze minutes conformément à la feuille de contrôle. Cette directive explique aussi plusieurs autres attributions des gardiens et est signée par ces derniers.

6. Un masque de poche Laerdal (respirateur pour administrer le bouche-à-bouche) est dorénavant conservé dans la salle des gardiens. On en trouve un dans le bureau général ainsi que dans chaque autopatrouille.

7. Le 14 novembre 1990, le chef de police a publié une directive à l'intention des agents de police leur demandant d'informer les gardiens de l'état physique et mental des prisonniers et de consigner cette information sur la feuille d'arrestation.

La réponse du chef de police de Newcastle contenait sensiblement les mêmes renseignements que la réponse ci-dessus.

ENQUÊTE N° 13

À Moncton, le 29 novembre, se tenait une enquête sur la mort d'un homme de quarante-huit ans, décédé à la suite d'une altercation, à Riverview, en août 1990.

Le jury a conclu que la mort était due à une hémorragie sous-arachnoïdienne aiguë causée par un coup à la tête. Le décès a été classé comme un homicide. Le jury n'a fait aucune recommandation.

Puisque le directeur des Poursuites publiques a décidé qu'il n'était pas approprié de porter des accusations criminelles dans cette affaire, le coroner en chef a ordonné la tenue d'une enquête afin d'en rendre publiques les circonstances.

Le présent rapport comprend les réponses reçues au bureau du coroner en chef en date du 1er février 1991 relativement aux recommandations faites dans le cadre des enquêtes menées en 1990.